THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1915 — N° .....

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Contribution à l'Étude

DES

Hémorragies dans les cas d'Utérus Fibromateux gravides.

PAR

Jacques MIALINIAK,

Né à VARSOVIE, le 26 Mai 1889.

Président : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI°)

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE, LANDOUZY, GILBERT, CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, RECLUS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantine	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Je dédie ces quelques pages.
comme témoignage de ma
profonde affection.

A Mon Président de Thèse,

Monsieur le Professenr COUVELAIRE

Professeur à la Clinique obstétricale de Paris,
Accoucheur des Hôpitaux.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

A la Mémoire de mon Maitre,

Monsieur le Professeur RECLUS,

Chirurgien de l'Holel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine, 1910.

Monsieur le Professeur LANDOUZY,

Médecin de l'hôpital Laennec
Membre de l'Académie de Médecine,
Membre de l'Institut,
Doyen de la Faculté de Médecine.
1911.

Monsieur le Professeur CHAUFFARD,

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Aéadémie de Médecine.
1911.

Monsieur le Professeur REYNIER,

Professeur agrégé, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière,
Membre de l'Académie de Médecine
(Externat 1912).

Monsieur le Professeur PINARD,

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris.
Accoucheur des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine.
(Externat 1913-1913).

Monsieur le docteur SEBILEAU,

Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine.
(Externat 1912-14).

Monsieur le docteur LEMAITRE,

Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux

Monsieur le docteur GOUGET,

Professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.
(Externat 1914).

INTRODUCTION

C'est sur les conseils de notre Maître, M. le Professeur Couvelaire que nous avons entrepris ce travail. C'est dans son service que nous avons pris toutes les observations qui nous ont servi pour étudier la question des hémorragies dans les utérus fibromateux gravides, et de dresser une statistique rigoureuse selon le « livre de la nature » de la clinique Baudelocque.

C'est donc lui que nous tenons à remercier le premier et de tout cœur.

Nous voulons noter la fréquence des hémorragies au cours des différentes périodes de la gestation et démontrer leur correlation étroite avec l'insertion basse du placenta : Après avoir dressé une statistique d'ensemble sur l'évolution des gestations dans les utérus fibromateux, nous relèverons les cas compliqués d'hémorragie, pour étudier chaque observation à part. Nous exposerons ensuite brièvement la très importante question du traitement au cours des différentes périodes de la gestation.

Mais avant d'entrer dans le vif du sujet, nous sommes heureux de pouvoir profiter de l'occasion qui

nous est offerte pour remercier sincèrement tous nos maîtres qui ont contribué à notre instruction médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Le regretté professeur Reclus, qui fut pour nous un maître plein de bienveillance pendant les semestres où nous fûmes bénévole et stagiaire dans son service.

Le regretté docteur Guinard, dont nous ne saurion oublier l'enseignement toujours si bieveillant et pratique au lit du malade.

A l'hôpital Saint-Antoine, nous eûmes la chance de recevoir les leçons quotidiennes de M. le professeur Chauffard.

M. le professeur Landouzy, où nous avons été merveilleusement à même d'étudier la tuberculose pulmonaire.

C'est à M. le Professeur Pinard, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externé que nous devons toutes nos connaissances en obstétrique. Son enseignement magistral nous servira plus d'une fois par la suite.

Le Dr Sebileau nous accueillit dans son service ou comme externe sous sa direction et celle de son assistant le Dr Lemaître, nous apprîmes les éléments de la laryngologie.

Le Dr Gouget chez qui nous avons passé notre dernière année d'externat.

Nous ne pouvons, à notre grand regret, dire à chacun d'entre eux de combien nous leur sommes redevable, mais nous pouvons leur assurer qu'ils garderont une grande place dans notre souvenir.

Nous ne pouvons terminer ces lignes sans prier M. le Professeur Couvelaire, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse d'agréer avec nos respectueux remerciements l'hommage de notre profonde gratitude.

CHAPITRE I

Influence des Fibromes sur la gestation

L'influence des corps fibreux sur l'évolution de la gestation est des plus variables.

Elle est nulle parfois, ou du moins insignifiante. « Rien n'est plus commun, disent Ribemont, Dessaignes et Lepage que de voir des petits fibromes siégeant dans l'utérus ne géner en aucune façon la marche et le développement de la gestation ; ce n'est que lorsqu'on examine la femme dans les derniers temps de la gestation et surtout au cours du travail, l'orsque l'utérus en se contractant se dessine en relief, que l'on reconnait l'existence de ces petites tumeurs qui n'avaient donné lieu à aucun symptôme particulier pendant la gestation. Il est loin malheureusement d'en être toujours ainsi et dans certains cas les fibromes peuvent devenir le point de départ d'accidents divers et de gravité variable.

Nous allons nous occuper de la question des hémorragies survenants dans les utérus fibromateux gravides et rechercher specialement leur fréquence et leurs causes au cours de la gestation, du travail et des suites de couches.

Historique. — Pathogénie

a) Les fibromes donnent fréquemment des hémorragies qui deviennent souvent le symptôme dominant. (Pozzi. — Traité de gynécologie) Weyder pensait qu'elles étaient liées aux lésions de métrite interstitielle. Pour Schwartz et Hepp, (Traité de chirurgie. t-x.), ces hémorragies ne viennent pas de la tumeur, car on observe d'aussi abondantes en cas d'utérus géant fibromateux sans fibrome ; elles ne viennent pas d'une métrite fongueuse qui est une exception dans la fibromatose utérine ; il semble qu'elles dépendent d'un état congestif favorisé par la *sclerose vasculaire* et *périvasculaire des vaisseaux utérins.* L'hémorragie est d'ailleurs plus marquée dans les tumeurs sous-muqueuses qui sont par excellence hémorragipares.

Si telle est la pathogénie des hémmoragies des fibromes, l'état de la gestation devrait singuliérement favoriser leur production. Cependant les hémorragies ne sout que très exceptionnellement sous la dépendance de la tumeur.

a) Insertion du placenta sur le segment inférieur

La plupart des hémorragies des fibromes gravidiques reconnaissent pour cause l'insertion du placen-

ta sur le segment inférieur, parfois aussi les lésions albuminuriques du placenta. Dans la thèse de Méheut (sur la contribution à l'étude des fibromes gravidiques) nous trouvons une statistique portant sur 10 cas d'hémorragies avant l'accouchement, dont 3 au début du travail et 7 au cours de la gestation. 4 fois l'insertion du placenta put être vérifiée ; 4 fois le placenta s'insérait sur le segment inférieur ; 2 fois seulement l'insertion fut trouvée normale : dans l'une de ces 2 observations l'albuminerie parait être en cause (an. 1898 obs. 1618), dans l'autre (an. 1899 obs. 351) les allures de l'hémorragie ne permettent pas de conclure qu'elle soit sous la dépendance du fibrome : les pertes de sang ayant durée 2 jours au deuxième mois sans présenter de gravité et ayant disparu d'elles mêmes pour ne plus revenir.

« Parmi les cas ou les membranes n'étaient pas mesurables, dit Méheut, il est permis de supposer la fréquence de l'insertion basse du placenta, que nous retrouvons dans les deux tiers des cas, ou on peut constater le mode d'insertion ; en effet dans 85 observations de M. Pinard : 30 fois l'insertion basse fut constatée ; 35 fois on ne put constater le mode d'insertion ; 20 fois l'insertion était normale.

Aucune des hémorragies relatées dans ces obsertions n'a revêtu ces caractères menaçants qui imposent à l'intervention chirurgicale. Une seule fois, au début du travail, la rupture des membranes et l'introduction d'un ballon furent nécessaires (année 1896), obs. 2.216). Au cours de la gestation, les hémorragies ont toujours cédé au repos et n'ont né-

cessité que des soins hygiéniques. Notre statistique, comme nous allons le voir, confirme pleinement les conclusions de Meheut et paraît être encore plus démonstrative.

CHAPITRE II

Étude d'ensemble de la statistique relevée à la Clinique Baudelocque

I) Sur 4.930 observations examinées à la clinique Baudelocque, nous avons relevé 53 cas compliqués de fibromes, nettement accessibles au palper.

II) Dans 38 observations, la gestation se termina spontanément. Sur 15 interventions, nous avons noté 12 applications de forceps, 1 basiotripsie, 1 césarienne et 1 fois l'extraction du siège.

III) La gestation évolua jusqu'à terme dans 33 cas ; 15 gestations se sont terminées prématurément au cours du neuvième mois ; 4 gestations au-dessous de 9 mois ; un avortement de trois mois.

IV) Sur ces 53 cas, on note 25 primipares, dont 18 âgées de plus de 30 ans et 7 entre 25 et 30 ans.

Sur 28 multipares, on constate :

7 de 40 à 45 ans ; 7 de 30 à 40 ; 12 de 30 à 35 ; 1 de 27 à 30 ; 1 à 22 ans.

V) *a*. L'intervalle entre les deux gestations chez 15 secondepares était :

Dans 5 cas, de 2 à 3 ans ; dans 3 cas, de 4 à 8 ; dans 4 cas, de 10 à 16 ; dans un cas, 21 ans.

b. Les intervalles entre les gestations chez 7 ters-pares se résument ainsi :

Entre la première et deuxième gestation : 6 a., 2 a., 3 a., 12 a., 1 a., 2 a., 1 a. ;

Entre la deuxième et la troisième gestation : 8 a., 3 a., 11 a., 2 a., 2 a., 1 a., 22 a.

c. Les intervalles entre les gestations chez nos 3 quapares étaient respectivement :

Entre la première et deuxième gestations, 1 an, 2 ans, 1 an ;

Entre la deuxième et la troisième, 6 ans, 5 ans, 3 a.

Entre la troisième et la quatrième, 12 ans, 6 ans, 7 ans.

Chez une cinqpare les gestations se poursuivaient dans l'ordre suivant :

Entre la première et deuxième gestation, 2 ans.

Entre la deuxième et la troisième, 2 ans.

Entre la troisième et la quatrième, 4 ans.

Entre la quatrième et la cinquième, 5 ans.

VI) Le nombre des enfants morts-nés ou morts immédiatement après l'accouchement était de 7, dont un seul macéré ; 2 débiles au-dessous de 2 kilogrammes.

VII) Sur 44 enfants vivants et non débiles :

24 pesaient plus de 3 kilogrammes ;

12 pesaient de 2.500 gr. à 3.000 grammes ;

8 pesaient moins de 2.500 grammes.

VII) 35 fois le placenta était inséré sur le segment inférieur ; 8 fois l'insertion du placenta ne put être

vérifiée ; 8 fois seulement l'insertion fut trouvée normale.

Nous retrouvons donc l'insertion basse du placenta dans deux tiers de cas (35 fois sur 53 observations) et ce chiffre est sûrement dépassé, puisque dans dix cas où l'insertion ne put être vérifiée, il est permis de supposer la fréquence d'insertion basse.

CHAPITRE III

Etude de la statistique au point du vue des hémorragies ;

I) Sur 53 gestations compliquées des fibromes nous avons constaté 10 cas d'hémorragies plus ou moins abondantes.

3 fois pendant la gestation ;
2 — le travail ;
1 — le travail et la délivrance ;
4 — la délivrance ;
1 — suites de couches ;

II) Insertion du placenta.

6 fois le placenta s'insérait sur le segment inférieur;

4 fois l'insertion du placenta ne put être vérifiée :

a) Dans une de ces observationo (obs. 813 an 1910), après l'accouchement le placenta resta très adhérent dans la cavité utérine ; les membranes étaient retenues en grande partie et une hémorragie très abondante avec un pouls à 140 nécessita une délivrance artificielle qui devait être complétée quelques heures après, par une extraction de débris des membranes restées retenues dans la cavité utérine.

b) Dans la 2e observation (1341 an. 1910), les pertes sanguines répétées, survenant sans cause apparente et peu abondantes se terminent au cours du 3e mois. Elles ressemblent auxhémorragies causées par l'insertion basse du placenta, mais les données fournies par l'aspect du placenta de même que l'examen de l'utérus semble indiquer que dans ces cas les multiples fibromes utérins étaient en cause : en effet l'utérus présentait des masses fibromateuses entres lesquelles sa consistance rappelait celle de l'utérus gravide. Le placenta en forme de sablier était replié par lui-même et c'estau niveau de la partie supérieure de sa zone repliée que s'inséraient les membranes. Le placenta revétait la forme irrégulière de la paroi utérine déformée par la présence des myomes.

c) dans la 3e observation (obs. 1975 an 1910) l'hémorragie doit être attribuée à l'albuminerie de la gestation.

d) Dans la 4 observation (obs. 1371 an 1911), l'hémorragie de moyenne abondance survient au cours de la délivrance dans une gestation gémellaire avec un placenta unique de 1170 gr.

En résumé dans une seule observation, où les multiples fibromes, en déformant la cavité utérine, ont provoqué l'avortement au cours du 3e mois, on ponrrait incriminer la même cause dans la production d'un suintement souvent répété; mais même dans ce cas les allures de l'hémorragie étaient celles qui s'observeut au cours de l'insertion basse du placenta.

CHAPITRE IV

Caractères de l hémorragie aux différentes périodes de la gestation.

a) Hémorragie du travail

Dans 2 observations (obs. 1975 an. 1910 et obs. 281 an. 1911) nous avons constaté une hémorragie très abondante au cours du travail. Dans l'observ. 1975, les urines contenaient de l'albumine au cours du 8e mois. Dans l'observ. 281 on constata une albuminurie du travail. Dans la 1re observ. dès la rupture des membranes la femme perd du sang en quantité abondante et l'injection vaginale ne l'arrête que momentanément ; après l'expulsion du fœtus on recueille par expression de l'utérus 620 gr. de caillots. Dans la 2e observation avec albuminurie du travail, la femme présente une hémorragie abondante après la rupture précoce des membranes. Les injections vaginales chaudes n'arrivent pas à l'arrêter. Après l'expulsion d'un enfant vivant, la femme perd beaucoup et présente des tendances syncopales avec un pouls à 120 ; on décolle artificiellement le placenta très adhérent et présentant deux cotyledons accessoires ; une injection intra-utérine arrête l'hémorragie.

De ces deux observations il s'en suit, comme c'est d'ailleurs très fréquent, que les hémorragies du travail ordinairement abondantes, reconnaissent pour cause en dehors l'insertion basse du placenta, l'albuminurie et les lésions placentaires qui en résultent.

b) Hémorragie de la délivrance

Sur nos 10 observations compliquées d'hémorragies nous avons noté 5 cas d'hémorragies au cours de la délivrance. Celle-ci ne paraît pas devoir être spécialement influencée par l'existence des fibromes utérins lorsque le placenta ne s'insère pas sur la région fibromateuse. Elle est cependant quelque peu retardée : le muscle utérin ne se contracte pas avec l'énergie habituelle et ne donne pas aussi nettement la sensation du globe de sûreté. Les fibrômes du segment inférieur peuvent gêner le passage du placenta, modifier sa présentation et faire qu'il se présente par son bord ou par sa face utérine ce que nous avons constaté dans plusieurs cas.

Selon notre statistique les hémorragies sont relativement fréquentes, puisque elles présentent 50 o/o des cas d'hémorragies.

Elles reconnaissent pour cause soit l'inertie utérine qui suit un travail pénible :

Observ. 609 (an. 1910) durée du travail : 19 h. 30.
Observ. 813 (an. 1910) — 22 h. 20.
Observ. 281 (an. 1911) — 20 h. 30.
Observ, 1.371 (an. 1911) — 14 h. 15.

Tous ces cas présentaient l'insertion basse du placenta. Soit la manque de tonicité du muscle utérin,

soit l'insertion placentaire sur l'aire du fibrome. Habituellement, légère et vite arretée par l'injection intrautérine, elle nécessite souvent une délivrance artificielle dans le cas, ou le placenta très adhérent se décolle difficilement et dans le cas de rétention placentaire et membraneuse partielle, (observ. 813 en 1910).

Exceptionnellement l'hémorragie peut être assez abondante pour déterminer la mort, ce qui est arrivé dans un cas de Ribemont. Dessaigne et Lepage qui ont ainsi perdu une femme malgré la délivrance artificielle et le tamponnement. A l'autopsie on trouva à la surface de la cavité utérine des orifices visculaires béants ; le tissu musculaire était tellement altéré par la dégénérescence fibromateuse qu'il ne pouvait plus oblitérer les vaisseaux.

C. Hemorragie pendant les suites des couches.

Indépendamment des hémorragies de la délivrance on peut également observer des hémorragies dans les heures ou dans les jours qui suivent l'accouchement. Ces hémorragies sont plus ou moins tenaces et s'accompagnent de douleurs de reins souvent intenses. Sur nos dix cas, nous n'avons noté qu'une seule fois une hémorragie survenue 3 heures 1 2 après la délivrance et se traduisant surtout par des tendances syncopales sans apparition de sang à la vulve et avec un utérus bien contracté. A la pression, l'utérus donna issue à une certaine quantité de sang liquide et de caillots (obs. 5I0 an. 1912).

Ces hémorragies sont moins menaçantes que les hémorragies de la délivrance et, comme nous le savons déja, aussi moins fréquentes. Mais la régression de l'utérus devra-t-elle toujours être suivie avec le plus grand soin.

D. Statistique générale des cas compliqués d'hémorragies

I) Sur nos dix cas compliqués de pertes sanguines, 7 ont évolué jusqu'à terme ou près de terme ;

Un cas d'avortement au cours du troisième mois.

II) Dans neuf cas, l'accouchement se termina spontanément ;

Une seule fois on a eu recours au forceps pour défaut de progression de la tête ;

III) Dans six observations, le poids de l'enfant dépassait 3 kilogrammes.

Dans trois cas l'enfant pesait entre 2.500 et 3.000 grammes.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Observation n° 348 (année 1909).

I. Pare, 36 ans, réglée pour la première fois à l'âge de 18 ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. Les dernières règles datent du 16 au 18 juin 1908. Au cours de la gestation, la femme consulte à Bodelocque pour des pertes sanguines intermittentes Pas d'albumine. L'utérus présente un gros fibrome de la grosseur d'une orange au niveau de la corne gauche, un autre de la grosseur d'un œuf au niveau de la corne droite. Mise au dortoir, la femme présente le cinquième jour après son entrée les premières contractions utérines qui ont eu lieu le 26 février à 3 heures du soir ; la femme n'était qu'au cours du neuvième mois de sa gestation.

Les membranes se sont rompues prématurément le 2 février à 11 heures du soir. La dilatation était complète le 28 février à 7 heures du soir. La durée de période d'expulsion était de 50. Durée totale du travail 5 heures 20.

La délivrance qui s'effectue normalement est suivie d'une injection intrautérine.

Enfant, 2.800 grammes. Placenta, 410 grammes sans par-

ticularités. La caduque très épaissie et vascularisée est remenée en partie. Mensuration des membranes 29/9.

OBRERVATION n° 609 (avril année 1910),

Primipare de 37 ans ayant eu ses dernières règles du 29 juin au 3 juillet 1909, vient consulter pour la première fois le 30 mars 1910 et on fait les constatations suivantes :

Présentation du siège complet ;

Malformation utérine : corne droite, 39 centimètres ; corne gauche, 38 centimètres ; ligne intermédiaire, 29 cenmètres.

Petits fibromes accessibles.

La femme est admises au dortoir.

Le 9 avril, 6 heures du soir, apparition des premières contractions utérines douloureuses.

10 avril, 5 heures du matin, dilatation, 5 frs. membranes intactes.

6 h. 30 matin, introductiou dans le vagin d'un ballon d'une contenance de 400 gr., la dilatation étant d'une petite paume de main. Les contractions sont peu fréquentes. A 11 h. 15 du matin, expulsion spontanée du ballon.

Tourcher : dilatation d'une grande paume de main ; membranes, intactes. A midi 45, rupture spontanée des membranes, liquide opalescent. Les pieds apparaissent à la vulve, la femme fait des efforts d'expulsion. Dégagement spontané du siège, des membranes inférieures et du tronc.

On se dispose à pratiquer les manœuvres de Mauriceau-Pinard, mais la bouche n'est pas accessible ; on pratique le toucher : la dilatation n'est que d'une petite paume de main et les bords de l'orifice sont épais.

L'orifice est revenu sur lui-même enserrant le cou du fœtus. Le cordon ne présentant pas aucun battement, on

ne fait aucune tentative d'extraction.

Les contractions sont régulières et à 1 h. 15 du soir, la dilatation presque complète.

A 1 h. 30 a eu lieu l'expulsion spontanée du fœtus mort, de poids de 3.150 grammes.

Le placenta de 660 grammes, qui était décollé, sort immédiatement après le fœtus, accompagné de gros caillots. Pouls, 128 ; T. 36°8.

Le placenta présente quelques foyers hémorragiques anciens. La caduque épaisse et vascularisée est retenue en partie.

Mensuration des membranes 35/3.

Elles reproduisent la malformation utérine.

OBSERVATION N° 813 (an. 1910).

Primipare de 40 ans, ayant eu ses dernières règles du 17 au 21 août 1909, entre au dortoir le 12 mai 1910 et l'on fait les constations suivantes :

Hauteur utérine, 37 cm ; présentation du sommet en G. A. ; de plus. on constate la présence d'un petit fibrome à la partie antéro-supérieure de l'utérus.

20 mai, à 10 heures du matin, premières contraction douloureuses. 21 mai, à 7 heures du matin, dilatation complète. 21 mai, à 8 h. 20 du matin, rupture artificielle des membranes. Expulsion d'un fœtus pesant 3.480 grammes. Le pouls est à 72, la T. à 36°6. La hauteur utérine est :

A 8 h. 25 de 24 centimètres ; le pouls à 72.
A 8 h. 30 de 25 — ; — 78.
A 8 h. 35 de 27 — ; — 80.
A 8 h. 40 de 28 — ; — 88.
A 8 h. 45 de 29 — ; — 92.
A 8 h. 50 de 29 — ; — 96.
A 8 h. 55 de 30 — ; — 104.

Le pouls bat aux environs de 195. La hauteur utérine a cessé d'augmenter et l'on constate que le placenta n'est pas décollé. De plus, l'expression de l'utérus a provoqué l'issue de caillots de sang liquide qui coule en jet et ne tarde pas à inonder le lit de la femme. Le pouls est à 130.

On pratique immédiatement la délivrance artificielle. Le placenta est très adhérent et lorsque il est extrait, on constate que les membranes sont retenues en grande partie.

Pouls, à 140. La délivrance artificielle est alors suivie d'une injection intra-utérine à 50° (15 litres).

A 9 h. 5 le pouls est à 140.

A 9 h. 10 — à 145.

A 9 h. 15 — à 150.

On introduit la main dans l'utérus et on extrait les débris des membranes ; le pouls est à 160. En même temps que l'on pratique une injection intra-utérine nouvelle, on fait une injection de sérum artificiel de 500 grammes.

A 9 h. 25, le pouls est à 132, mais il descend progressivement et à 10 heures il bat à 108.

Le liquide de l'injection intra-utérine ressort clair et l'on remet la femme dans son lit. Enveloppements chauds ; boissons alcooliques. Le placenta pèse 480 gramme à surface irrégulière. Membranes déchirées, incomplètes ; mensuration impossible. Insertion du cordon en raquette.

OBSERVATION 982 (an 1910)

Primifare de 35 ans ayant eu ses dernières règles du 17 au 22 septembre 1906 entre au dortoir le 23 mai 1910. Elle dit avoir eu des vomissements continuels depuis le 1er mois de la gestation jusqu'au début de mai 1910. Ces vomissements se produisaient aussitôt après les repas, toutefois

l'état général de la femme est resté bon. Au 3e mois de sa gestation elle présente une hémorragie spontanée ; la femme reste couchée pendant 3 semaines surveillée par un médecin dont elle a suivi la consultation par la suite. Sur les conseil de M. Couvelaire la femme se décide à entrer à Baudelocque.

Le 25 mai, M. Pinard trouve un pole en haut et à droite, un pole en bas dans la fosse iliaque gauche, réunis par un plan résistant situé à gauche. La tension exagérée de la paroi empêche un examen plus complet. L'utérus semble plus développé au niveau de la corne droite par développement d'un petit fibrome. Un autre fibrome du volume d'une noix siège sur la partie latérale gauche. H U —36 cm L'auscultation à gauche se propageant vers la branche ischio-pubienne.

Le 26 juin à 5 heures du soir, apparition des premières contractions douloureuses ; Dilatation lenticulaire ; Membranes intactes ;

27 juin à 10 heures du matin, dilatation de 10 cent. à 2 heures 45 soir la femme perd un liquide vert mais l'auscultation reste bonne ;

A 6 heures du soir, dilatation d'une petite paume. On introduit dans le vagin un ballon de Champetier de 500 gr.

A 7 heures du soir, ralentissement des bruits du cœur. f. à 7 heures 10 on n'entend plus les bruits du cœur, on extrait le ballon. A 7 h. 15 la dilatation étant complète, on constate la procidence du cordon à gauche, senti à travers les membranes qui bombent dant le vagin. On croit sentir quelques battements dans le cordon. On rompt largement les membranes et on procède à une extraction du siège pendant les contractions ; il s'agissait d'un siège complet. Extraction des membres inférieurs du torse (anse au cordon) et extraction de la tête dernière par les manœuvres de Mauriceau-Pinard. L'enfant du poids de 2770 gr.

présente quelques battements cardiaques mais ne peut être ranimé.

Délivrance normale 35' après l'accouchemeut, le placenta de 400 gr. se présentant par la face fœtale. Mensuration des membrane 31/5 ; Caduque épaissaie en partie retenue. Insertion excentrique du cordon à 3 cm. du bord inférieur.

OBSERVATION N° 1341 (an 1910)

II pare de 41 ans ayant eu ses dernières régles du 16 au 20 mai 1910 se présente à la consultation de gynécologie le 13 août avec de vives douleurs abdominales datant depuis quelques jours. On fait dcs constatation suivantes :

Hauteur utérine, 35 cm ; l'utérus était donc très volumineux et sans proportiona à la longueur de l'aménorrhée. De plus il était irrégulier, présentant des masses dures fibromateuses, entre lesquelles, sa consistance rappelait quelque peu, celle de l'utérus gravide. Une de ces masses se trouvait au niveau de la corne gauche, l'autre au niveau de la corne droite.

Le col mou au niveau de l'orifice externe, présenta une certaine dureté sur la longueur. Par le toucher et palper combinés, on sentait au niveau de la fosse iliaque droite une tumeur de volume d'un œuf de poule quelque peu mobile, qui semblait faire corps avec l'utérus. Le diagnostic fut celui de fibrome avec grossesse probable.

Qaant à sa première gestation elle a eu lieu à l'âge de 33 ans et se termina par une expulsiou à terme d'un enfant vivant se présentant par le sommet. La femme rentre chez elle et ne revient à la consultation que le 27 août, elle présente alors une perte sanguine assez abondante non accompagnée de douleurs. Elle se couche pendant une journée et tout rentre dans l'ordre.

Le 29 août au soir douleurs abdominales assez vives qui persistent rapprochées toute la nuit. Le 20 août les douleurs cessèrent pendant toute la journée pour réapparaitre la nuit suivante. Le 31 août il en fut de même. Le 1er septembre perdant encore du sang. elle vient à la clinique ; les constatations faites en ce momeut, sont les mêmes que celle du 13 août. La femme reste au dortoir et dans la nuit du 2 septembre présente des douleurs vives rapprochées, suivies le 3 septembre d'expulsion d'un fœtus de 100 gr. Le placenta retenu dans la cavité utérine est expulsé spontanément 7 heures. après. Sa forme est irrégulière et revêt presque celle d'un sablier. Ses dimensions transversales sont :

à la partie supérieure		4 cm
—	moyenne	3 cm 5
—	inférieure	4 cm 7

La Longueur : 11 cm 7.

De plus la partie supérieure du gateau placentaire est repliée sur elle-même, si bien que le placenta reposant sur le plateau par sa face utérine, alors que sa face fœtale regarde en haut à la partie inférieure et moyenne, c'est la face utérine qui regarde en haut a la partie supérieure. La partie ainsi repliée n'a pas de dimensions uniformes :

Elle mesure 2 cm 5 sur les cotés et 5 cm 5 sur la partie médiane. C'est au niveau de la partie inférieure de sa zone repliée que s'insèrent les membranes. A la sortie de la femme de la clinique, on constate un utérus fibromateux remontant à 3 travers de doigts au dessous de l'ombilic ; un gros noyau dans le cul de sac droit.

OBSERVATION N°1975 (an 1910)

Primipare de 32 ans ayant eu ses dernières règles du 24 février au 1er mars 1910, vient consulter pour la 1re fois à la

clinique le 7 septembre : grossesse normale, pas d'albumine. Le 7 octobre on constate pour la 1re fois des traces d'albumine, qui disparaissent rapidement après un régime lacté. Le 3 novembre l'albumine reparaît de nouveau dans les urines et le régime lacté est de nouveau institué. Le 20 novembre les urines ne renferment plus de traces d'albumine. Pendant toute la durée de la gestation cette femme a présenté de la vaginite granuleuse intense et des végétations vulvaires à la fin de la grossesse.

Le 26 décembre à 11 h. 30 du soir rupture prématurée des membranes ; à minuit 30 apparition des prémières contractions douloureuses. H U 40 cm. Fibrome de la grosseur d'une noix accessible. Sommet engagé en D. P. La femme perdant du sang (pouls 96), on fait une injection vaginale à 50° ; l'hémorragie s'arrête.

Une nouvelle perte de sang à 11 h. 30 du matin nécessite une nouvelle injection vaginale à 50°, qui arrête l'hémorragie. P: 90.

Le 27 décembre à 1 h. 50 du soir. dilatation complète ; à 2 h. 15 les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus ; l'utérus est alors constamment tendu et d'une dureté ligneuse. La femme mise en posttion obsteticale, expulse immédiatement une fille pesant 4000 gr. en état de mort apparente. L'enfant est ranimé après un quart d'heure environ (désobstruction des voies respiratoire et légères friction à l'alcool.) Derrière le fœtus s'écoule une certaine quantité de sang liquide. Par expression de l'utérus on recueille 620 gr. de caillots. Pouls à 115. Délivrance par expression française 20' après l'accouchement, le placenta se présentant par sa face utérine, Injection utérine à 50°. Temp. 37°5. Pouls à 130. Enveloppements chauds. Boissons alcoolisées ; l'hémorragie s'asrête et tout rentre en ordre. Le placenta de 600 gr. ne présente rien de particulier ;

Mensuration des membranes impossible.

OBSERVATION N° 281 (an 1911)

Primipare de 32 ans ayant eu ses dernières règles du 17 au 22 mai 1910, vient consulter à Baudelocque à partir du 8e mois de la gestation. A la première consultation on ne constate pas d'albumine. Le 25 février à 1 h. du matin, premières contractions douloureuses; à 1 h. 30 rupture précoce des membranes. A 1 h. du soir, on fait à la salle du travrail les constatations suivantes : H. V, 3 cm ; présentation du sommet en G. A. 3 fibromes de la face antérieure.

1er en haut au dessus de l'ombilic.

2e à droite de l'ombilic.

3e au dessus du pubis.

Tous les trois sont de la grosseur d'une noix.

Dilatation de 5 fr ; Pouls, 100 ; T° 37. Les urines renferment des traces d'albumine. La femme perd du sang en quantité notable. On lui donne des injections chaudes à 50° et on surveille son pouls. Vers 4 heures du soir la femme perds toujours ; Pouls 140 T. 37. On fait une injection chaude à 50° et le pouls tombe peu à peu. A 9 heures du soir, dilatation complète. A 10 h. 30 du soir expulsion d'un fœtus vivant de 3500 gr. A 11 h. 25 le placenta n'est pas encore complétement décollé. La femme perd une quantité assez considérable de sang et présente des tendances syncopales avec un pouls à 120. On introduit la main dans l'utérus et on décolle un placenta encore adhérent au niveau de la corne droite, Le placenta pèse 500 gr. et présente deux cotylédons accessoires. Une icjection intra-utérine à 50° arrête l'hémorragie, P. 96. T 36° 9. Mesuration des membranes 29/4.

OBSERVATION N° 1191 (an 1911)

III pare de 43 ans ayant eu ses dernières règles du 7 au 10 novembre, entre au dortoir le 18 août 1911. Sa 1re gestation à l'âge de 20 ans se termine par l'expulsion spontanée à terme d'un fœtus, mort 1 heure après la naissance sans cause déterminée ; 2e gestation à 21 ans se termine pas l'expulsion spontannée, à terme d'un enfant vivant.

Pour sa 3e gestation la femme consulte régulièrement à la clinique. Le 25 mai on constate : H. U 34 cm., utérus fibromateux : 2 fibromes accessibles sur la face antérieure. Présentation du siège avec un fœtus mobile ; application d'une ceinture entocique ; œdème sus pubien, H. U. 34 cm. Le 22 août à 2 h. du soir, début du travail. Le 23 à 1 h. du matin on note: H. U. 34 cm. Tête mobile en bas, restant élevée ; col en voie d'effacement, membranes intactes. Le 23 août à 5 h. du matin : dilatation 5 fr.; rupture précoce des membranes; il s'échappe une grande quantité de caillots et on sent à gauche sur le bord de l'orifice, le placenta qui déborde. La tête fœtale s'engage. P. 90. Une injection vaginale à 50° arrête l'hémorragie. Les contractions deviennent fréquentes et régulières.

A 5 h. 20 du matin: Dilatation complète ; la tête descend dans l'excavation et appuie bientôt sur le périnée. A 5 h. 35 expulsion d'un fœtus de 3650 gr. L'hémorragie ne se renouvelle plus et la déliveance se fait naturellement. Pouls 88. T. 36°8. Poids du placenta 660 gr. Mensuration des membranes 35/0.

OBSERVATION N° 1571 (an 1911)

II pare de 22 ans ayant eu ses dernières règles du 15 au 19 décembre 1910, entre au dortoir le 28 août 1911. 1re gestation: expulsion à terme d'un enfant vivant se présentant par le sommet. A l'entrée de la femme on constate : H.U. 43 cm ; quelques fibromes accessibles du volume d'une noisette ; utérus légèrement cordiforme. Grossesse gémellaire ; tête en bas engagée en O I G A ; un pole pelvien entouré de petits membres dans la fosse illiaque droite ; en haut et à droite un pole séparé par un sillon du cou d'un plan résistant ; 2 foyers d'auscultation.

Le 28 août à 9 h. 30 du matin (8e mois ee la gestation) premières contractions douloureuses ; à 7 h. 40 du soir la femme arrive à la salle du travail ; Le 29 aout à minuit les douleurs cessent et la femme est renvoyée au dortoir.

Le 27 septembre à 9 heures du matin contractions douloureuses ; H. U. 41 cm ; 1 pole en bas engagè en D P ; 1 pole en haut au fond de l'utérus ; 3e pole dans l'hypochondrie gauche (siège);dilatation de 2 fr. et membranes intactes. A 10 h. 40 du soir la dilatation est complète ; rupture artificielle des membranes. Expulsion d'un fœtus de 3260 gr. On place 2 pinces sur le cordon, puis après la section on s'assure que la présentation du 2e fœtus est longitudinale. Expulsion du second fœtus en G A. Délivrance 30' après suivie d'une hémorragie moyenne et arrêtée par l'injection intra utérine. Pouls 96.

Poids du placenta 1170 gr. Une seule masse placentaire avec une cloison renfermant 2 amnios et 2 chorions. Le placenta présente quelques dépôts calcaires avec insertion excentrique du corden à 3 cm, du bord supérieur. Mensuration de membranes impossible.

OBSERVATION N° 510 (an 1912)

Primipare de 32 ans, ayant eu ses dernières règles vers la fin du mois de juin 1911, reste surveillée pendant sa gestation à Baudelocque.

Le 17 avril à 5 h. du soir, premières contractions douloureuses, et à minuit rupture précoce des membranes ; le 18 avril à 6 heures du matin, on fait les constatations suivantes :

H U 36 cm ; Présentation du sommet en D P ; membranes rompues et la tête fœtale appuyant sur l'orifice utérin ; dilatation 1 fr. ; Un petit fibrome sur la face antérieure et près de la corne gauche du volume d'une grosse noix Le 18 avril è 8 h. 1/2 du matin dilatation complète. A partir de ce moment les contractions utérines s'espacent notablement et sont moins prolongées. La tête ne progresse que très lentement ; rotation à 9 h. 30 du matin. A 11 h. du matin C. A. D. 2 h. 1/2 après la dilatation complète, la tête étant toujours à nue dans l'excavation on procède à l'application des forceps en O P. A l'introduction de la main il s'écoule un liquide vert purée. Extraction d'un fœtus vivant de 2930 gr. présentant une circulaire serrée, et qui nait étonné.

Légère déchirure au niveau de la commissure postérieure Ce n'est que 1 h. 15 après l'accouchement qu'on constate que la placenta est décollé se présentant par le bord. Extraction par expression française du placenta pesant 550 gr.

Mensuration des membranes, 31/0, iusertion du cordon à 3 cm. du bord inférieur.

A 1 h. 1/4 la femme présente subitement des tendan-

ces syncopales ; décoloration des tégumens ; Pouls 80. pas de sang à la vulve. A la pression de l'utérus qui se contracté bien il s'écoule une petite quantité de caillots; injection vaginale à 50° A 2 h. 15 nouvelles tendanees syncopales avec refroidissement et décoloration des téguments. Le pouls monte en quelques instants à 110. Il n'y a à la vulve aucun écoulement de sang. L'utérus reste bien contracté.

La pression de l'utérus donne lieu à l'expulsion d'une certaine quantité de caillots et de sang liquide ; Injection vaginale prolongée à 50° ; huile camphrée 2 cc ; sérum 200 cc ; enveloppements chauds. Rapidement l'état s'améliore et le pouls redescend rapidement à 90 puis à 80 et s'y maintient désormais.

Le placenta de 550 gr. présente 4 solutions de continuité du volume d'une lentille à une noisette, paraissant taillées à l'emporte pièce. Caduque vascularisée, retenue presque en totalité. Malformation utérine reproduite sur les membranes.

CHAPITRE VI

Traitement

Nulle question, peut être, n'a été plus contraversée que celle du traitement des fibromes pendant la gestation. Les opinions les plus opposées ont été tour à tour produites et soutenues, tant en France qu'à l'étranger.

On a vu certains auteurs préconiser, en se basant sur des raisons bien valables, une abstention plus ou moins rigoureuse de toute intervention au cours de la gestation ; ils n'intervenaient chirurgicalement que dans les cas, avec indications absolues. D'autres, conseillent d'agir prophylactiquement sans attendre une indication absolue. Rien n'est plus instructif à ce point de vue que la lecture des comptes rendus de la discussion qui eut lieu à la société d'obstetrique de de gynecologie et de pédiatrie de Paris, dans le courant de l'année 1911. Deux clans s'y dessinèrent nettement. D'un côté, les interventionistes qui considè-

rent que l'apparition des troubles sérieux, sans être graves justifient une intervention radicale. Il en est même qui pensent que la simple existence du fibrome et de la gestation est un danger dont il faut délivrer la femme. C'est surtout M. Richelot qui, persuadé de la fréquence des accidents reconnait aux fibromes les mêmes indications opératoires qu'ils soient ou non compliqués de gestation, et n'hésite pas à intervenir quand la femme lui parait être en état de « légitime défense ».

Dans le clan opposé se rangent avec M. Pinard les chirurgiens et accoucheurs qui n'admettent en aucune circonstance l'opération préventive, et qui pensent que l'abstention doit être systématiquement pratiquée, à moins d'accidents graves.

La statistique de M. Pinard est à ce point de vue spécialement démonstrative : sur 84 cas de gestation compliqués de fibromes, 64 fois la gestation évolua jusqu'à terme, 15 fois il y eut accouchement prématuré, 5 fois avortement. L'accouchement se produisit spontanément dans 54 cas ; 30 fois il fallut intervenir : l'intervention fut jugée nécessaire, 4 fois pendant la gestation et 26 fois pendant le travail.

Notre statistique personnelle est plus démonstrative encore à cet égard :

Sur 53 cas de gestation compliqués de fibromes, 33 fois la gestation évolua jusqu'à terme, 15 fois il y eut accouchement prématuré au cours du 9e mois et 4 fois au 8e mois.

38 fois l'accouchement se produisit spontanément et sur 15 interventions on note 12 applications de forceps, 1 basiotripsie, 1 césarienne et 1 extraction du

siège. Tous ces faits montrent à l'évidence que dans un bon nombre de cas, une femme enceinte ayant un fibrome peut aller à terme sinon sans encombre au moins sans grand danger.

A la même société et au cours de la même discussion, Varnier vint soutenir une opinion analogue. « En résumé, dit-il, nous pensons que l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse compliquée de fibromes doit être limitée aux cas ou apparaissent du fait de l'utérus fibromateux gravide, des accidents immédiats, graves mettant en danger la vie de la mère. Si ces accidents se produisent, peu importe la décision à prendre qu'ils se montrent à une période très rapprochée ou très éloignée de la viabilité de l'enfant. Il faut intervenir immédiatement. La viabilité est chose trop difficile à diagnostiquer pour qu'on risque en l'attendant de lacher la proie pour l'ombre. »

Au Congrès de 1601 (Nantes) M. Martin (Rouen), Monprofit (d'Angers), Segond (Paris), ont soutenu l'idée de l'expectation au cours de la gestation à moins d'urgence absolue.

Nous ne pouvons qu'admettre cette doctrine dans son acception la plus absolue.

Indications thérapeutiques dans les cas d'hémorragies au cours de la gestation le travail et le post-partum

Les indications du traitement seront tirées tout à la fois de l'état général et de l'état local de la femme.

Etat général

Il est en rapport avec l'abondance et la répétition de l'hémorragie et son altération est essentiellement traduite par les modifications du pouls.

Il n'est pas rare d'observer au cours de la gestation des hémorragies répétées, mais peu abondantes, ayant peu de gravité et cessant souvent par le simple repos du lit.

Mais il en est d'autres, beaucoup plus graves, qui sont répétées, abondantes, tenaces, persistant malgré le repos. Pour juger la gravité de ses hémorragies il ne faut pas uniquement se baser sur l'abondance de l'écoulement sanguin et savoir qu'il peut y avoir une hémorragie interne avec un écoulement externe relativement minime. Celles-ci seront reconnues bien rarement par les signes locaux, presque toujours par les modifications du pouls. Lorsque le pouls est au dessus ds 100 et s'y maintient de façon permanente, il y a une hémorragie grave, la vie de la femme est en danger, parsuite il y a une indication formelle d'intervenir.

Ce traitement sera différent selon la période à laquelle apparait l'hémorragie.

(I) Pendant les premiers mois de la gestation

Pendant la gestation, avant la viabilité du fœtus, la thérapeutique aura essentiellement pour but de prolonger la gestation jusqu'au delà du terme de la

viabilité du fœtus. Pour cela la femme sera mise au repos complet., qui suffit généralement à arrêter l'hémorragie, comme nous l'avons constaté dans les observations que nous apportons. Si les hémorragies persistaient, si elle mettaient en danger la vie de la femme et seulement lorsque ce danger serait nettement constaté, il y aurait lieu de vider l'utérus le plus tôt possible. L'avortement serait alors pratiqué selon les règles habituelles.

En cas de rétention placentaire et d'homorragies secondaires à un avortement il peut se faire qu'un fibrome du segment inférieur interdise la pénétration de la main dans l'utérus. L'évidement de l'utérus étant impossible on pratiquera l'hystérectomie.

(II) A la fin de la gestation

A cette époque l'existence d'hémorragies rebelles et graves pose un problème thérapeutique qui doit être résolu immédiatement.

2 cas peuvent se présenter :

(I) L'examen a permis de constater la présence d'une tumeur fibromateuse faisant obstacle à l'accouchement par les voies naturelles. Celui-ci ne pouvant se faire normalement, il faut pratiquer l'opération césarienne avec ou sans hystérectomie. L'hystérectomie sera le plus souvent nécessaire. Elle est sûrement hémostatique et à ce point de vue offre plus de garanties que la césarienne conservatrice.

Le type de ce genre d'indication est fournie par une observation publiée par M. Lepage et dont voici le résumé :

OBSERVATION DE M. LEPAGE

Communiquée à la « Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie, le 2 mars 1900). Résumé

Grossesse à terme dans un utérus fibromateux. Hémorragie liée à une insertion basse du placenta. Opération de Porro. Guérison. Enfant vivant.

Mme C..., secondipare de 40 ans, se présente au mois de mars 1897 dans le cabinet du docteur Lepage, au cours du cinquième mois de sa gestation. En lui demandant de l'assister auprès de son accouchement, elle fait savoir à M. Lepage que le premier accouchement avait été terminé artificiellement et que l'enfant était mort plusieurs jours avant l'accouchement à la suite d'hémorragies répétées.

En examinant la femme, M. Lepage constate que l'excavation est complétement libre et que l'utérus régulièrement développé est un peu volumineux. De chaque côté, cependant, vers la partie inférieure de l'utérus surtout du côté gauche, on sentait une induration fibromateuse.

Au fur et à mesure que la gestation évoluait, il semblait que les difficultés de l'accouchement seraient de plus en plus sérieuses. Au septième mois de la gestation, M. Lepage constate que le fœtus est très élevé en présentation transversale, et en cherchant par le toucher et par le palper combinés, à se rendre compte de l'épaisseur des parties molles qui séparaient le doigt vaginal du fœtus, il constatait qu'il avait là une épaisseur tout à fait anormale.

Des renseignements pris par M. Lepage, auprès du docteur D..., du Mans, qui assista la dame C... lors de son premier accouchement, étaient les suivants :

Cette femme, alors primipare de 39 ans, présentait à la fin de sa gestation tous les signes du placenta prævia, avec un ventre volumineux et distendu par une masse irrégulière. Appelé pour la première fois, le docteur D... constata que l'enfant ne donnait pas signe de vie et d'après les renseignements fournis par les confrères qui ont soigné la malade, la mort du fœtus remontait à 12 jours. Le travail ne s'est pas fait et la femme a eu plusieurs hémorragies qui ont nécessité des tamponnements du vagin. Le col de l'utérus était représenté par une fente antéro-postérieure refoulée à gauche ; une grosse masse dure était sentie dans le bassin, dont elle occupa toute la partie droite. A la suite de l'examen, la femme présenta une hémorragie inquiétante qu'on arrêta en appliquant dans le col utérin un ballon de Champetier de Ribes. Au bout de deux heures, on vide le ballon pour pratiquer une application de forceps, la version étant jugée par le docteur D... trop longue et dangereuse au point de vue de la rupture de l'utérus. Mais dès que le ballon était enlevé, il y a eut un abondant écoulement sanguin.

Pendant l'application du forceps, le sang s'est écoulé en abondance, mais l'hémorragie s'arrêta dès que la tête était abaissée fortement. L'engagement de la tête dans la fente antéro-postérieure était très difficile. Aussitôt après l'accouchement, le sang s'écoula à flots. En introduisant la main dans l'utérus, on rencontra le placenta inséré très bas sur la partie latérale gauche du segment inférieur. Délivrance artificielle et injection chaude à 50°

La malade s'est rétablié sans autres incidents.

Ces renseignements fournis par le docteur D... étaien très précieux pour M. Lepage, au point de vue du pronostic de l'accouchement actuel. Au mois de mai, septième mois de la gestation, l'utérus était très developpé, le fœtus

en situation transversale, la tête dans la fosse illiaque droite.

Consulté, M. Pinard déclare qu'il est impossible de formuler un pronostic qu'à l'extrême rigueur, l'accouchement pourrait se terminer par les voies naturelles, mais qu'on pouvait être aussi ramené à extraire le fœtus par la voie abdominale.

Le 30 juillet (à terme), apparition des petites douleurs et légère perte sanguine, le fœtus étant en position transversale, dos en avant, tête droite.

Par le toucher et le palper combinés, il est impossible aux doigts vaginaux d'atteindre la partie fœtale. Le col est très élevé et l'on sent qu'une masse épaisse et d'une consistance mollasse occupe tout le segment inférieur et empêche la descente de la partie fœtale ; cette masse remonte à mi-chemin de l'ombilic et de la symphyse. L'excavation est complètement vide.

Malgré l'absence de douleurs et en se basant sur les examens antérieurs, il semble difficile que le fœtus puisse traverser sans danger la partie inférieure de l'utérus, occupée par des fibromes et probablement aussi par le placenta. M. Lepage décide alors l'opération césarienne, pratiquée avant que la vie de l'enfant ait été menacée par des hémorragies semblables à celles qui se sont produites lors du premier accouchement. M. le professeur Pinard, qui vient examiner la malade à 1 h. 1/2 de l'après-midi, conseille d'une manière formelle, l'extraction du fœtus par la voie abdominale. L'opération est décidée pour 5 heuresdu soir et la malade est transportée dans une maison de santé voisine.

La femme est prise, dès son arrivée, de contractures assez énergiques et perd du sang en assez grande quantité. Le vagin est rempli de caillots volumineux et les bruits du cœur fœtal sont notablement accélérés. La femme a un

peu pâli et son pouls s'est accéléré. Au toucher, on trouve l'orifice utérin dilaté comme une pièce de un franc, et le col est refoulé en avant par une tumeur qui occupe la partie postérieure et supérieure de l'excavation. La partie fœtale reste inaccessible. Il est décidé qu'en raison même de l'état général un peu mauvais de cette femme, on pratiquera l'opération la plus facile, qui donnera un minimum d'hémorragie ; l'opération de Porro, si toutefois il est possible de faire un pédicule. Bien que l'utérus soit surtout développé transversalement, une incision médiane prolongée sur le fond de l'utérus permet d'extraire rapidement un garçon pesant 4.530 grammes, très pâle. Il n'est ranimé, sans insufflation, qu'au bout de huit à dix minutes.

Bien que la partie inférieure de l'utérus soit occupée, presque en totalité par des fibromes, la plupart ramollis, il semble possible de faire un moignon qui paraît préférable, étant donné l'état hémorragique de la femme, étant donné aussi que la désinfection a été nulle, ou à peu près, pendant les jours qui ont précédé l'accouchement. On place une ligature élastique suffisamment haut située et on évide une partie de ce moignon qui est ensuite touché au thermocautère. La paroi abdominale est tellement mince qu'on pratique seulement deux points de suture.

Trois semaines après la femme quitte la maison de santé pour rentrer chez elle, et commence à allaiter son enfant d'une manière régulière.

Examen de l'utérus enlevé. — L'utérus reposait sur sa face postérieure, la face antérieure se dessine globuleuse et présente une incision de 22 cm. Les lèvres de l'incision ont une épaisseur de 3 cm 2. Par l'ouverture, on aperçoit le placenta qui est inséré sur le segment inférieur à la face postérieure. La main introduite dans la cavité utérine ne

peut sortir par l'orifice de section du segment inférieur car cet orifice est complètement oblitéré par le placenta adhérent. A la partie latérale et inférieure gauche de l'utérus est appendu une masse du volume de deux poings, formée en partie de tissus fibromateux dur, en partie de tissus jaunâtres, gélatineux, infiltrés de sérosités sanguines. A droite, répondant à la partie moyenne de la section du ligament large correspondant, existe, relié au tissu utérin par un pédicule, une masse du volume d'une noix, jaunâtre, fibreuse, parcourue par des sillons.

Cette observation est un exemple de plus de la fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur dans les utérus fibromateux ; il semble bien que dès la première gestation, ce soit cette même complication qui ait entraîné la mort du fœtus. Il est à noter que pendant la seconde gestation il ne s'est produit d'écoulement sanguin que le jour même de l'opération et cependant il s'agit bien des plus graves cas d'insertion vicieuse du placenta.

L'obstacle qui s'opposait à la sortie du fœtus était double : il était constitué tout à la fois par la tumeur fibromateuse et par le placenta.

En raison même de l'abondance d'hémorragie qui a eue lieu pendant l'heure qui a précédé l'intervention et qui continuait encore au moment de l'opération en raison de la situation du placenta dans la cavité utérine, on peut affirmer que le fœtus n'aurait pu être extrait vivant par cette voie. Au point de vue de la mère, les accidents graves liés à des hémorragies qui ont été observées lors du premier accouchement, se seraient encore renouvelées.

2) L'accouchement est possible par les voies naturelles

A) Pendant la gestation

La rupture large des membranes arrêtera habituellement l'hémorragie en supprimant la traction des membranes sur le placenta bas inséré, ce qui est, nous l'avons vu, la cause habituelle de ces hémorragies. Si l'hémorragie persistait on placerait dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes. Dans les cas graves, où la vie de la femme est en danger par l'abondance des hémorragies et surtout s'il s'agit d'une primipare non en travail chez laquelle le col manque de souplesse, il faudra intervenir chirurgicalement sans attendre.

Donc à côté des dystocies complexes dans lesquelles à l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta s'ajoute un obstacle à l'accouchement facile par les voies naturelles, on peut faire bénéficier des secours de la chirurgie obstétricale prophylactique, certaines femmes dont la matrice n'a pas les qualités requises pour donner toute confiance dans l'issue de l'accouchement artificiel par les voies naturelles.

On pourra intervenir chez les :

a) primipares agées avec un utérus (corps ou col) dont la valeur obstéricale est amoindrie.

b) grandes multipares à col déchiré et usé, que guette toujours la rupture utérine.

Dans ce cas le clinicien pourra avoir pour avantage de se mettre à l'abri des difficultés et des surprises en recourant à la césarienne. La section césarienne transpéritonéale reste l'opération du choix.

c) Hémorragie par placenta prævia négligées. Il s'agit des malades anémiées, apportées dans les maternités au début, où au cours du trrvail dès leur première hémoragie dans les mauvaises conditions de surveillance et d'assitance.

Pour empecher ses femmes de mourir soit de septicémie soit de stock hémorragique dans les heures qui suivent l'accouchement préccipité et la délivrance artificielle, il faut tenter l'opération rapide de Porro.

B) Pendant le travail

Les mêmes indications thérapeutiques se posent que pendant la gestation et elles pourront être résolues par les mêmes moyens. De plus, il faut remarquer que la dilatation étant déjà commencée, la mise en œuvre du traitement obstérical sera habituellement plus facile.

C) Post-partum

Aprés la délivrance normale et complète, l'utérus bien contracté revenu sur lui-même, présente « le globe de sureté ». Dans le cas de rétention placen-

taire avec hémorragie intra-utérine, avec un pouls s'accélérant progressivement, on videra l'utérus le plus rapidement possible. L'utérus ayant été vidé on pratiquera une injection intra-utérine à 50°, qui doit être parfois répétée dans le cas où l'utérus reste mal contracté et où le pouls se maintient accéléré.

Exceptionnellement une hémorragie grave et persistante, pourrait être une indication d'hystérectomie,

43 Observations sans hémorragies

OBSERVATION N° 19 (Janvier 1909).

Albuminurie au cours de la gestation. — Accouchement à terme, enfant, 3.300 grammes. — Mensuration membr. 33/8.

Primipare de 37 ans, dont les dernières règles datent de 13 au 16 mars 1908, vient à la consultation pour la première fois le 16 décembre, et l'on constate la présence de deux grammes d'albumine dans les urines ; hauteur utérine 35 cm, un fibrome de la grosseur d'une noix sur la face antérieure. L'enfant se présente par le sommet en G. A.

La femme est admise au dortoir et soumise au régime des albiminuriques ; l'albumine disparaît dix jours après son entrée.

Le début du travail a lieu à terme, le 3 janvier 1909 ; durée de la période de dilatation, 11 h. 20: période d'expulsion, 40 minutes. Enfant, 3.300 grammes, placenta 650 grammes ; la délivrance se fait dans des conditions normales, par expression française, 30 minutes après l'accouchement.

Le 6 janvier, la femme présente encore des traces d'albumine.

OBSERFATION N° 229 (février 1909).

Accouchement normal à terme.— Mensuration des membranes, 30/4.

IV Pare, 39 ans, dont la première gestation a eu lieu à l'âge de 26 ans ; l'enfant se présenta par le siège, à terme.

La deuxième et la troisième gestation se sont terminées par l'application des forceps, *sur le sommet.* Les deux derniers enfants. élevés au sein maternel, le premier au biberon ; tous vivants et bien portants.

Quant à la grossesse actuelle, les dernières règles datent du 9 au 12 avril 1908,

La gestation a évolué normalement et la femme vient consulter pour la première fois le 4 février 1909. On constate que la hauteur utérine est de 39 cmm. .et en même temps plusiers fibromes sont accessibles sur la face antérieure. La femme est admise au dortoir. Le 7 février, à midi, commence le travail qui finit au bout de 3 heures par l'expulsion d'un fœtus de poids de 2.920 grammes. La délivrance s'effectue dans les conditions normales et le placenta de 250 grammes présente des foyers hémorragiques anciens.

OBSERVATION N° 327

Accouchement normal à terme. — Les myomes ont subi la régression avec l'utérus. — Mensuration des membranes 35/2.

II Pare de 39 ans, dont la première gestation, à l'âge de 35 ans, se termina par l'expulsion spontanée à terme d'un enfant de 3090 gramme se présentant par le sommet.

Pour la grossesse actuelle, les dernières règles datent du 13 au 23 mai 1908. Le 21 février 1909, on constate à la consultation que l'utérus est fibromateux et porte un petit fibrome sur la face antérieure ; alors qu'au cours de sa première gestation, comme l'indique le registre de la femme, il y en avait trois. Les myomes ont subi la régression avec l'utérus.

Le 25 février 1909, à 10 h. 30 du matin, la femme a ressenti les premières contractions utérines et à 6 h. 45 du soir la dilatation est complète. Rupture précoce des membranes le 25 février, à 11 heures du matin et le liquide amniotique sort teinté de méconium.

A sept heures du soir, l'expulsiou du fœtus de 3.500 gr. Petite lésion vulvo-périnéale nécessitant un point de suture. La délivrance se fait dans des conditions normales et le placenta de forme discoïde pèse 510 grammes.

Le cordon s'insère à 3 centimètres du bord supérieur et présente un circulaire dégagé par dessus la tête avec succès.

OBSERVATION N° 343

Version par manœuvres externes, au cours de la gestation, pour présentation d'un siège. Expulsion à terme d'un fœtus en O. P.

Mesuration des membranes 35/6.

II pare. 33 ans, dont la première gestation a eu lieu à l'âge de 29 ans et se termina à terme par l'expulsion d'un enfant vivant se présentant par le sommet. Nourri au sein maternel. Pour la gestation actuelle, les dernières règles datent du 20 mai 1908 ; Au cours de la grossesse, la femme présente des vomissements alimentaires les deux premiers mois. Pas d'albumine. L'examen local révéla un utérus fibromateux ; 1 fibrome de la grosseur d'une noix au niveau de la corne droite. Le 15 janvier, l'enfant se présenta par le siège ; on pratiqua alors une version par manœuvres externes et on maintient la tête en bas avec une ceinture. Cette femme n'a pas été avertie de l'existence de son fibrome lors de sa première gestation ; existait-il ? C'est au 7e mois de la grossesse actuelle que le fibrome a été reconnu.

Le début du travail a lieu à terme le 27 Février, à 6 heures du soir, et la dilatation est complète à 9 h. 45 du soir. La cavité de position au moment de dégagement est O. P. et la durée de la période d'expulsion est de 15 minutes. Enfant 3270 gr ; la délivrance s'effectue dans les conditions normales et le placenta avec un cotijledon accessoire pèse 450 grs. Caduque épaissie et vascularisée.

OBSERVATION N°92

Version par manœuvres externes au cours de la gestation. Présentation en G. A. Procidence du cordon de la dilatation de 2 fr. Basiotrepsie sur l'enfant mort. Insertion vicieuse du cordon. Mensurat. membr. 35/4.

Primipare, 38 ans, ayant eu ses dernières règles du 25 au 30 mars 1909, consulte à Beaudelocque, le 27 novembre.

On constate : Présentation du siège décomplété, mode des fesses ;

Fibrome accessible sur la face antérieure :

Forte tension de la paroi utérine.

Hauteur de l'utérus, 34 cm.

On fait le diagnostic d'un gros œuf. La femme reste au dortoir : on la met au régime lacté et on pratique la version par manœuvres externes.

Le 13 janvier 1910, à 11 h. du soir, la femme ressent les premières contractions utérines.

Le 14 Janvier, à 7 h. du matin, la dilatation est de 50 cent. tête fixée en G. A. ; la poche des eaux intacte. A 9 h. du matin, la poche des eaux est rompue ; la dilatation est de 2 fr. ; on sent une anse de cordon dans le vagin dépassant la partie fœtale sur laquelle elle est appliquée en arrière et à droite.

Le cordon n'est plus animé des battements. La température est de 36/8. Pouls, 76. Au cours de la journée les contractions sont fréquentes (toutes les 5 minutes), mais la dilatation ne progresse pas. A 9 h. du soir, le pouls est à 90 ; T. 37/8. l'Hauteur utérine reste à 37 cm. A 9 h. 30 du soir, la dilatation étant égale à une petite paume de main et cons-

tatant l'ascension progressive de la température et du pouls on se décide à pratiquer la basiotrepsie.

Extraction très lente par tractions soutenues d'un enfant pesant 3550 gr. La peau est déjà exfoliée sur une grande étendue.

Délivrance artificielle immédiate, suivie d'une injection intrautérine prolongée. Le placenta pèse 630 gr. Cordon inséré maginalement sur le bord inférieur, insertion vicieuse.

OBSERVATION N° 112

Accouchement prématuré au 9e mois. Rupture prématurée des membranes, 7 heures avant le début du travail. Durée du travail : 21 h. 3/4. Diamètre, 0 m. 12 cm. Mens. mem. : 23/2.

III pare, 34 ans, présente dans ses antécédents personnels une pleurésie à 32 ans. Son état actuel est bon et on ne relève pas des signes stéthoscopiques.

Les 2 premières gestations antérieures, dont la première à 29 ans, se sont terminées par des avortements au cours du 3e mois (sans cause déterminée).

Accouchement actuel. Les dernières règles datent du 3 au 7 mai 1909. A la consultation on constate un petit fibrôme à la partie antéro-supérieuse de l'utérus. Hauteur de l'utérus, (24 cm. avant le travail) — 28. Le début du travail a lieu le 18 janvier 1910, à 7 h. du soir, et la dilatation est complète le 19 janvier à 4 h. du soir.

A 4 h. 45, expulsion d'un fœtus en O. P. du poids de 2220 gr.

La durée du travail était donc de 21 h. 3 4 avec un diamètre O M. 12. Placenta 450 gr.

Cet accouchement prématuré au cours du 9e mois pourrait bien s'expliquer par des traumatismes sexuels pratiqués 3 jours avant le début du travail bien avoués par la femme.

OBSERVATION N° (144)

Accouchement prématuré au 8e mois. Malformation utérine. Enfant débile de 1650 gr. Placenta 250 gr. Mensuration des membranes 21/4.

Primipare de 34 ans dont les dernières règles datent du 13 au 15 mai 1909, ne présente rien de particulier dans ses antécédents. La femme ne consulte pas pendant la grossesse et le jour d'entrée à la salle de travail, le 24 Janvier 1910.

C. A. Cl..au cours du 8e mois de la gestation on constate des petits fibromes sur le fond de l'utérus.

Présentation du sommet en D. P.

Les premières contractions utérines ont lieu le 24 janvier à 11 h. du soir. Dilatation complète, 25 janvier à 2 h. 25 du matin. Rupture précoce des membranes. A 4 h. 20 expulsion d'un fœtus en D. P. du poids de 1650 gr. débile mis en couveuse. Délivrance normale. Le placenta de 250 gr. présente quelques foyers hémorragiques anciens. Mensurrtion des membranes 21 1/4 Malformation utérine reproduite sur les membranes.

OBSERVATION N° 146

Accouchement normal à terme. Mensuration des membranes 30/6.

Trois pare 39 ans dont la première gestation à l'âge de 25 ans, à terme se termina par l'application du forceps sur un

sommet ; la 2e gestation à 21 ans à Baudelocque par expulsion à terme d'un enfant de 3550 gr. Les 2 enfants nourris au biberon et bien portants.

La femme dont les dernières règles datent du 17 au 20 avril 1909 présente au moment de l'entrée à la salle du travail le 24 janvier 1909 ; tête en bas mobile ; H. U. 36 cm ; plusieurs fibrômes accessibles au palper.

Les premières contractions douloureuses ont eu lieu le 24 janvier à 9 h. du soir la dilatation était complète le 25 janvier à 4 h. du matin.

Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète, la tête étant engagée en G. A.

Durée de la période d'expulsion était de 45 minutes la tête au moment du dégagement étant en O. P.

Poids de l'enfant 4400 gr.

Délivrance dans les conditions normale. Poids du placenta 650 gr. avec foyers hémorragiques anciens.

Caduque épaissie et vascularisées, retenue en partie.

Mensuration des membranes 30/5.

OBSERVATION N° 312.

Rupture prématurée des membranes, à terme 17 heures avant le début du travail. Application des forceps en G. A. pour indications maternelles : Pouls 120. Infiltration du périné. Mensuration des membranes 27/8.

Primipare de 31 ans ayant eu ses dernières règles du 10 au 12 mai 1909. A consulté pendant la grossesse une sage-femme qui lui a dit que tout était normal.

Rupture prématurée des membranes le 19 février à 1 h.

du matin : apparition des premières contractions utérines douloureuses le 19 février à 6 h. du soir.

Elle fait appeler une sage-femme, qui voyant que l'accouchement ne se termine pas envoie l'ambulance à la clinique le 20 février à 3 h. 50 du soir. En ce moment on fait les constatations suivantes :

H. U. 37 cm.

Petits fibrômes de la face antérieure de l'utérus.

Toucher : dilrtation complète.

Tête orientée en G. A et mal fléchie, les 2 fontanelles sont accessibles. Bosse séro-sanguine volumineuse. B. D. C. bons. Léger œdème du périnée ;

T. 36°8. Pouls à 120.

Les contractions utérines sont très espacées, on décide alors une application de forceps qui est faite le 20 février à 4 h. 15 du soir. La tête est toujours mal fléchie et orientée en G. A.

L'enfant crie aussitôt après l'extraction. Poids de l'enfant, 3430 gr.

Délivrance 30m après l'accouchement. Poids du placenta 530 gr. Mensuration des membranes 27/8.

OBSERVATION N° 348

Accouchement normal à terme. Mensuration des membranes impossible.

Deuxpare de 33 ans, dont la 1re gestation à l'âge de 25 ans se termina par un avortement de 2 mois, vient consulter à la clinique Baudelocque le 8 février 1910. et on fait les constatations suivantes :

Les dernières règles datent du 4 au 8 mai 1909.

H. U. 35 cm.

Tête mobile dans la fosse iliaque gauche.

Dos à gauche.

Petits fibromes au fond de l'utérus. On ramène la tête au détroit supérieur. On pose une ceinture entocique et la femme est admise au dortoir. Le 25 février à 4 h. du soir, l'apparition des premières contactions utérines douloureuses :

Tête en bas fixée en G. A.

Dilatation 0,50 centimes. 9 h. du soir tête dans la même situation.

Dilatation de 1 franc.

Membranes intactes ;

Bruits du cœur longs ;

26 févaier à 1 h. du matin : la tête s'engage à dilatation d'une petite paume de main, la ceinture eutocique est enlevée ;

3 h. 15 du matin, dilatation complète.

4 h, 15 du matin, expulsion spontanée d'un garçon vivant pesant 4200 gr. avec un B. P. de 9,7.

Délivrance normale 30 m. après l'accouchement.

Placenta 570 gr.

OBSERVATION N° 665

Accouchement normal à terme. Mensuration des membranes 31/11.

Deuxpare de 44 ans, dont la 1re gestation à l'âge de 23 ans se termina à terme par l'application des forceps sur un sommet ; l'enfant vivant et bien portant.

Ayant eu ses dernières règles du 17 au 22 juillet 1909, elle entre au dortoir le 16 avril 1910 et on fait les constatations suivantes :

Dos à gauche ;

Petits fibromes sur la face antérieure de l'utérus un peu à gauche de la ligne médiane et au dessous de l'ombilic.

Le 19 avril à 5 heures du soir, premières contractions douloureuses.

Le 20 avril à 5 h. du soir dilatation complète.

Rotation à 5 h. 25 et expulsion 5 h. 46 la tête étant au moment du dégagement en O. P.

Poids de l'enfant 3600 gr,

Délivrance normale.

Poids du placenta 480 gr.

Mensuration des membranes 31/11.

OBSERVATION N° 689

Rupture prématurée des membranes, 28 heures avant le début du travail. Accouchement à terme. Mensuration des membranes 25,8.

Cinqpare de 45 ans, dont la 1re gestation a eu lieu à 31 ans et qui se termina par l'expulsion au cours du 9e mois d'un enfant vivant 2920 gr.

2e gestation, avortement de 2 mois.

3e gestation, avortement de 2 mois.

4e gestation, sommet spontané au 9e mois. Enfant 3000 gr. Placenta 400 gr.

Ayant eu ses dernières règles du 8 au 11 juillet 1909, elle consulte à Baudelocque le 2 avril 1910 et on constate :

Tête fixée ; Dos à gauche. Au palper : petits fibromes (5 ou 6) sur la paroi antérieure de l'utérus de volume d'une noisette à une petite noix ; déjà constatés en 1986 et en 1906.

Le registre de 1907 (obs. 840) indique que M. Pinard l'examina au 6e mois de sa grossesse et constata un fibrome de la paroi postérieure plongeant dans l'escavation. Au cours du 7e mois ce fibrome subit une ascension et la tête fœtale s'engagea.

Le 23 avril à 3 heures du matin, début du travail.

A 8 h. 45 la tête est fixée en G. A.

A 9 h. 15 du matin dilatation complète.

A 9 h. 35 rotation suivie.

à 9 h. 30 l'expulsion d'un fœtus dont la variété de position au moment du dégagement était en O. P.

Poids de l'enfant 3000 gr.

Délivrance normale.

Poids du placenta 390 gr.

Mensuratino des membranes 26/8.

OBSERVATION N° 723

Dégagement en occipito postérieure directe. Accouchement à terme. Mensuration des membranes 29/3.

Troispare de 41 ans dont la 1re gestation a eu lieu à l'âge de 36 ans et se termina par l'expulsion spontanée à terme avec présentation du sommet. 2e gestation, expulsion spontanée à terme à 38 ans.

Ayant eu ses dernières règles du 1er au 5 au juillet 1909 elle entra au dortoir le 29 Mars 1910. On constata des pe-

tits fibromes accessibles sur la paroi antérieure de l'utérus. Présentation du sommet en D. P.

Le 29 avril à 3 h. du soir début du travail. H. U. 35 cm. Variété de position en D. P.

8 h. du soir, dilatation complète. Variété de position au moment du dégagement était occipito postérieure directe.

29 avril à 8 h. 25 du soir, expulsion d'un fœtus de 3500 gr. Délivrance normale. Poids du placenta 570 gr. Mensuration des membranes 29/3.

OBSERVATION N° 883

Accouchement prématuré au 9e mois. Mensuration des membranes 25/4.

Primipare de 31 ans. ayant eu ses dernières règles du 10 au 14 septembre 1901 entre à la salle du travail le 8 juin 1910 à 8 h. 15 du matin.

On note dans ses antécédents personnels une bronchite chronique de 30 à 35 ans et une pleurésie gauche non ponctionnée ayant durée un mois. Actuellement pas de signes stéthoscopiques.

7 juin à 5 h. du soir début du travail (9e mois de grossesse) H. U. 30 cm. Petits fibromes sur le fond de l'utérus. Présentation du sommet en D. P.

8 juin à 3 h. du matin, rupture précoce des membranes

8 juin à 11 h. du matin rotation.

8 juin à midi 5, expulsion d'un fœtus vivant du poids de 2450 gr. Délivrance normale. Placenta avec des sillons qrofonds 390 gr.

Juillet OBSERVATION N° 1064

Siège décomplété mode de fesses en D. T. rupture précoce des membranes. Lenteur de la période d'expulsion. extraction du siège pour modifications des bruits du cœur fœtal.

Primipare de 28 ans, la date des dernières règles, étant inconnue, entre à la salle du travail le 11 juillet 1910 à 8 h. et demie du soir. A. U. 28 cm ; Un pole en bas engagé, un pole dans l'hypochondre droit, présentant les caractères d'une tête.

Les 2 poles sont réunis par un plan résistant situé à droite et séparé du pole supérieur par le sillon du cou. A gauche on sent les parties fœtales au niveau du pole supérieur : donc siège décomplété, modes des fesses. Toucher. Dilatation de 5 fr. membranes rompues.

11 juillet à 11 h. du soir, dilalation d'une petite paume de main. On place un ballon de Champetier de Ribe de de 500 gr. dans le vagin.

11 juillet à 11 h. 30 du soir le ballon est expulsé. Dilatation complète et les contractions utérine espacées.

12 juillet à 3 h. du matin malgré les efforts des contractions utérines, le siège ne progresse pas. Accélérations des bruits du cœur. La femme est en période d'expulsion depuis 3 h. et demie.

A 3 h. 20 l'extraction du fœtus est décidé pour modification des bruits du cœur. Pendant les contractions on exerce des tractions au niveau du pli inguinal avec le doigt mis en crochet. Après les tractions soutenues et énergiques on extrait le siège puis le tronc (anse au cordon). La tête dernière est extraite par les maneuvres de Mauriceau Pinard.

Poids de l'enfant qui crie aussitôt 2900 gr. Poids du placenta 500 gr. avec quelques foyers d'hémorragie ancienne.

Mensuration des membranes 28/2

Novembre. OBSERVATION N° 1729

Accouchement normal à terme. Mensuration des membranes 22/10.

III pare, de 33 ans, ayant eu ses dernières règles du 28 janvier au 4 février 1910, entre au dortoir le 12 novembre. La première gestation a eu lieu à Baudelocque (1897 obs. N° 1676) et se termina par un accouchement prématuré au 9e mois, mort de l'entérite à 8 mois.

2e gestation en 1899 : sommet spontané à terme. Enfant vivant. A l'entrée de la femme on a fait les constatations suivantes:

H. U. 32 cm.

On constate au milieu de la paroi antérieure un fibrome de la grosseur d'une noix ; sur la paroi latérale gauche quelques petits fibromes de la grosseur d'une noisette.

Tête en bas engagée en G. A.

Le 12 novembre à 10 h. du matin, debut du travail.

13 novembre, à 4 h. 45 du matin, dilatation complète.

13 novembre, à 5 h. 50, expulsion du fœtus vivant du poids de 2810 gr.

Délivrance normale 30 h. après l'accouchement. Poids du placenta, 490 gr.

OBSERVATION N° 1796

Accouchement prématuré au 9e mois, Mensuration membraneuse 29/5.

Primipare de 36 ans ayant eu ses dernières règles du 21 au 27 février 1910 entre directement à la salle du travail le

24 novembre, C. A. D. au cours du 9e mois. Au cours de sa gestation la femme travaillait debout et ne s'est pas reposée. On fait les constatations suivantes :

H. U. 37 cm. Petit fibrome accessible sur le fond utérin. Présentation du sommet engagé en O. J. D. P.

27 novembre, 8 h. du matin, début du travail.

27 novembre, 7 h. 55 du soir, dilatation complète.

27 novembre, à 8 h. 10 du soir, expulsion d'un fœtus de 2900 gr. vivant.

Délivrance normale 30 h. après l'accouchement. Poids de placenta, 410 gr. Mensuration de membranes 29/5. Insertion excentrique de cordon à 2 cm. du bord inférieur.

Décembre. OBSERVATION N° 1855

Accouchement prématuré au 7e mois. Réeropulsion d'un fibrome à la dilatation complète. Mort de l'enfant. Mensuration membraneuse 22/13.

III pare, 33 ans, ayant eu ses dernières règles du 17 au 27 mai 1910. Se présente à la consultation au cours de sa gestation et on constate :

2 fibromes sur le fond de l'utérus et 1 sur le flanc gauche. M. Pinard lui conseille de rester pour être surveillée. Elle refuse mais garde le lit chez elle. La 1re gestation a eu lieu à 19 ans et se termina par un avortement de 2 mois. 2me gestation à 31 ans se termine par avortement de 4 mois. Pas des renseignements exacts.

Au cours du 7e mois de sa gestation elle vient à la clinique au moment des douleurs. On constate une dilatation complète avec une poche des eaux arrivant à la vulve.

6 décembre, à 6 h. du matin, début du travail. Après la rupture des membranes, issue d'un liquide teinté de sang.

Un fibrome se présente au détroit supérieur. M. Pinard le refoule en haut et à gauche : la tête descend aussitôt et se met d'aplomb au détroit supérieur. Elle s'engage rapidement et la femme expulse spontanément le 6 décembre, à 11 h. 30 du matin un fœtus vivant de 1330 gr., qui meurt après quelques inspirations. La délivrance ne présente aucune difficulté et le placenta de 400 gr. sans altération se présente par sa face utérine. Mensuration des membranes 22/13. Caduque très épaissie et vascularisée.

L'examen de la femme à la sortie de la clinique révèle un utérus fibromateux paraissant contenir : un fibrome postérieur plongeant dans l'excavation du volume d'un orange, un noyau fibromateux droit, du volume du poing d'un enfant atteignant l'ombilic, un noyau gauche plus petit arrivant à 3 travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

OBSERVATION N° 1937

Insertion vicieuse du cordon. Accouchement au cours du 9e mois. Albuminurie de la grossesse. Mensuration membraneuse 30/5.

II pare, de 33 ans, ayant eu ses dernières règles, du 20 au 23 mars 1910, entre au dortoir le 9 décembre.

La première gestation se termina à 27 ans par une expulsion spontanée à terme d'un enfant vivant.

A l'entrée au dortoir on constate : 2 fibromes accessibles en haut et à droite, dont l'un de volume d'une grosse noix. Présence d'albumine dans les urines qui disparait après un régime lacté (au cours du 9e mois).

Le 22 décembre à minuit, début du travail.

Tête engagée en O. J. G. A.

H. U. 37 cm. Dilatation de 2 fr.

Le 23 décembre à 6 h. du matin, dilatation complète ; à 7 h. du matin, expulsion d'un fœtus vivant du poids de 3250 gr. Délivrance normale 30 h. après l'accouchement. Poids du placenta, 550 gr. Mensuration des membranes 30/6. Insertion du cordon en raquette sur le bord inférieur.

1911. Janvier. OBSERVATION N° 80

Accouchement normal à terme. Version par manœuvres externes pour présentation du siège. Mensuration membraneuse 25/9. Femme morte par phlébite au bout de 6 semaines.

II pare de 31 ans, ayant eu ses dernières règles du 29 mars au 1er avril 1911, entre au dortoir le 29 décembre. La première gestation se termina à Baudelocque (1908, obs. 1996) par une expulsion spontanée au cours du 8e mois d'un enfant vivant de 2600 gr. ; placenta 420.

En ce moment on a déjà constaté un fibrome dans la paroi antérieure de l'utérus.

Pour sa 2e gestation elle consulta pour la première fois le 10 août. On constate que l'utérus remonte à trois travers de doigt au dessous de l'ombilic. Sur la face antérieure de l'utérus on sent une tumeur de la grosseur du poing ne semblant pas devoir gêner l'accouchement.

Le 8 septembre H. U. 22 cent. On sent dans le cul de

sac antérieur au niveau du col, une tumeur qui s'élève à 13 centimètres au dessus du pubis.

Le 2 novembre. La tumeur remonte à 17 cm. au-dessus du pubis. Elle n'est plus accessible au toucher. H. U. 24 cm. siège en bas.

On pratique la version par manœuvres externes suivie d'application d'une ceinture eutocique.

Le 29 décembre la femme entre au dortoir. H. U. 37 cm. O. J. D. P. Un fibrome de la grosseur d'un poing est accessible dans la portion gauche de la paroi antérieure de l'utérus. 2 autres petits fibromes sont accessibles du côté droit.

Le 17 janvier à 9 h. du matin, début du travail ; O. J. D. P. Dilatation, 1 fr. A 4 h. 30 du soir, dilatation complète. A 5 h. du soir expulsion spontanée d'un fœtus du poids de 3410 gr. Délivrance normale 30 h. après l'accouchement, Poids du placenta, 570 gr.

Le 26 février la femme se plaint des douleurs dans la jambe gauche en même temps que la température est de 38. Elle présente tous les symptômes de phlébite. Immobilisation complète.

Le 4 mars, apparition des douleurs rhumatismales dans les membres inférieurs et supérieurs, accompagnées d'un érythème.

Le 9 mars, la température monte à 40°, la femme tombe en syncope avec pouls à 140 et dyspnée intense. Morte 1 heure après.

Mars. OBSERVATION N° 396

Rupture prématurée des membranes, 38 heures avant le travail. Application du forceps à terme pour modifications des bruits du cœur fœtal. Mensuration membraneuse 30/8.

II pare de 31 ans, ayant eu ses dernières règles du 6 au 9 juin 1910, entrée à la salle du travail le 21 mars 1911 à 8 heures du matin. La première gestation à l'âge de 29 ans se termina par un avortement au cours du 3e mois de cause indéterminée.

Le 21 mars 8 h. du matin à l'entrée on constate : rupture prématurée des membranes 38 heures avant le début du travail ; Présentation du sommet en G. A. ; Hauteur utérine, 32 cm. ; Petit fibrome de la grosseur d'une noisette sur le front utérin, à droite.

Début du travail, 20 mars à 10 heures du soir. Le 22 mars à 1 h. de matin, dilatation complète. La tête se présente en O. I. G. A. mais on ne sent pas les deux fontanelles. Rapidement une grosse basse séro-sanguine se forme à 3 h. 15 du matin, modifiéation des bruits du cœur fœtal qui piminuent notablement (100) On procède alors à l'application des forceps en G. A. au cours de la période d'expulsion.

Après l'extraction d'un fœtus de 3020 gr, il sort un liquide teinté de méconium, Placenta Chateaubriand, poids de 550 gr. Mensurations des membranes 30/8.

1re gestation à l'âge de 29 ans se termine par un avortement de cause indéterminée au cours du 5e mois.

2e gestation à 30 ans se termine par une expulsion d'un fœtus mort au cours du 5e mois.

Au cours du 7e mois de sa troisième gestation la femme consulte à Lariboisière où on tente sans succès une version par manœuvres externes.

Le 15 mai à 11 h. du soir, début du travail, le 16 mai à 9 heures du matin ; Entrée à la salle du travail : On constate:

Hauteur utérine 30 cm.

Petit fibrome accessible sur la paroi antérieure.

Présentation du siège.

Dilatation de 1 fr. avec membranes intactes ; on sent des petits membres à travers les membranes, on fait le diagnostic de présentation du siège complet. Contractions utérines fréquentes.

Le 16 mai à midi 30, dilatation complète, et rupture de la poche des eaux, on met la femme en position obstétricale.

Midi 45. Le siège apparait à la vulve accompagné des membres inférieurs.

Midi 55, expulsion spontanée des membres supérieurs.

Mai OBSERVATION N° 676

Accouchement 9e, présentation du siège complet. 5 circulaires autour du cou. Malformation utérine. Mensuration des membranes impossible.

Trois pare de 32 ans ayant eu ses dernières règles du 10 au 15 août 1910, entre à la salle de travail le 16 mai 1911, donc au cours du 9e mois.

Le 16 mai à 1 h. du soir. Dégagement de la tête derrière, par la manœuvre de Mauriceau-Pinard.

Poids de l'enfant 2000 gr,

L'enfant présente 5 circulaires autour du cou et 1 circulaire autour du bras gauche. Le cordon en quittant l'ombilic monte vers le cou, décrit 2 circulaires peu serrées de droite à gauche, remonte en arrière de l'épaule gauche passe sous l'épaule, croise d'arrière en avant l'épaule, puis décrit 3 circulaires peu serrées autour du cou de gauche à droite.

L'expulsion spontanée du placenta poids 410 gr. 15 m. après l'accouchement. Malformation utérine, reproduite sur les membranes.

Caduque incomplète.

Juin OBSERVATION N° 794

Rupture prématurée des membranes 72 heures avant le début de travail qui a lieu à terme. Mensuration des Membranes 30/4.

Deuxpare de 38 ans ayant ses dernières règles du 15 19 août 1910 entre au dortoir le 3 juin 1911.

Sa 1re gestation à 28 ans se termine par un avortement de 3 mois, cause indéterminée :

A 2 h. du soir le 3 juin 1911, rupture prématurée des membranes (72 heures avant le début du travail) on constate :

Hauteur utérine 38 cm. un fibrome de la grosseur d'une noisette sur la paroi antérieure de l'utérus en avant et à gauche.

Présentation du sommet en G. A.

Pouls 80. T. 36°7.

Le 6 juin à 6 h. du soir début. du travail.

A minuit dilatation complète.

A minuit 30 expulsion d'un fœtus du poids de 3630 gr.

Délivrance normale 30' après,

Poids du placenta 600 gr.

Mensuration des membranes 30/4.

Cette femme est mise à l'isolement à cause de 38° de température au cours du travail.

OBSERVATION N° 855

Accouchement prématuré au cours du 9e mois. Mensuration des membranes 29/2.

Deuxpare de 41 ans ayant eu ses dernières règles du 24 au 30 septembre 1910 est entrée à la salle du travail le 21 juin au 9e mois de sa grossesse ;

1re gestation à 36 ans, application de forceps sur un sommet au cours du 9e mois.

Enfant, 2920 gr. Placenta 450 gr.

2e gestation sommet spontané à terme.

Enfant 3100 gr. placenta 450 gr.

A l'examen de la femme on a constaté un fibrome au niveau de la corne gauche.

Le 20 juin à 9 h. du soir, début du travail. Hauteur utérine 34 cm.

Présentation du sommet en D. P.

Le 21 juin à 8 h. du matin, dilatation complète.

A 8 h, 35 du matin expulsion d'un fœtus de 2850 gr. avec un placenta de 630 gr. (cordon compris), présentant un foyer d'hémorragie ancien.

Mensuration de 3 membranes 29/2.

Caduque épaissie vascularisée et légèrement retenue.

Août OBSERVATION N° 1080

Accouchement prématuré au 9e mois. Mensuration des membranes 23/9.

Deuxpare de 34 ans ayant eu ses dernières règles du 2 au 10 novembre 1910, entre à la salle de travail, le 7 août 1911, au cours du 9e mois de la gestation.

1re gestation à l'âge de 31 ans se termine à Baudelocque (1908 mars n° 484) par l'expulsion à terme d'un enfant se présentant par le sommet.

Le 1er août à 3 h. du soir. Début du travail.

Hauteur utérine 30 cm.

Petit fibrome sur la face antérieure de l'utérus de la grosseur d'une noix, n'a pas changé de volume depuis la première gestation (1908 observ. 494).

Présentation du Sommet en G. A.

A 8 h. 45 du soir, dilatation complète.

9 h. du soir, expulsion d'un fœtus du poids de 2820 gr.

Délivrance normale avec un placenta de 520 gr.

Quelques foyers hémorragiques anciens. Mensuration des membranes 23/9

OBSERVATION N° 1223

Expulsion au cours du 6e mois d'un fœtus mort et macéré. Albuminurie. Excès de liquide. Mensuratiou des membranes impossible.

Troispare de 35 ans, ayant eu ses règles du 7 au 10 février 1911 entre à la salle du travail le 28 août 1911 au 6e mois de la gestation.

1re gestation à 32 ans se termina par une expulsion à terme d'un enfant se présentant par le sommet. Vivant.

2e gestation à 34 ans. Expulsion 5 mois après ses dernières règles d'un enfant mort. Pour sa 3e gestation, la femme vient consulter pour la 1re fois le 28 juillet et on ne constate rien d'anormal, au point de vue obstétrical. Albumine dans les urines ; régime.

11 Aout, l'utérus dépasse de 2 travers de doigts l'ombilic, siège incliné.

Un petit fibrome est perçu sur le fond de l'utérus au niveau de l'épigastre, on pratique la version par manœuvres externes.

La femme présentant de l'albumine dans les urines, des épistaxis et de la constipation on lui prescrit : l'eau de vie allemande et le régime lacté absolu.

La femme refuse de rester au dortoir et ne suit pas les indications données plus haut.

Le 19 août, on ne perçoit plus à la consultation les bruits du cœur fœtaux, pas de mouvements actifs, on la met au régime lacté.

Le 28 août 6 h. du matin, début du travail. 10 h.15, hauteur utérine 32 cm.

Utérus très tendu rendant la palpation difficile. Auscultation nulle.

Toucher, dilatation de 1 fr. membranes intactes. A travers le segment inférieur, on perçoit les petits membres et le pole fœtal mollasse assez haut.

11 h. du matin. La dilatation est presque complète. Les membranes forment une poche flasque formant hernie dans le vagin Elles se rompent spontanément et laissent couler un liquide chocolaté en assez grande quantité.

Au toucher, on diagnostique, présentation du siège complet en position droite, variété postérieure.

Le 28 août à 11 h. du matin, expulsion d'un fœtus mort et macéré du poids de 1410 gr.

La délivrance est faite 25' après l'expulsion du fœtus par traction et expression combinées. Poids du placenta 520 gr. Caduque retenue en totalité, épaissie et vascularisée.

Septembre OBSERVATION N° 1261

Accouchement prématuré au 9e mois. Enfant débile. Mensuration des membranes 14/23.

Primipare ayant eu ses dernières régles du 25 au 29 décembre 1910 entre à la salle du travail au cours du 9e mois de la gestation.

Le 5 septembre 1911 à 10 h. du matin, début du travail.

6 septembre à 3 h. 45, on fait les constatations suivantes, à la salle du travail.

Hauteur utérine 29 cm.

Un fibrome de la grosseur d'une noix verte, sur le fond de l'utérus.

Présentation du sommet en G. A.

Dilatation d'une grande paume de main.

6 septembre à 4 h. 15, Dilatation complète. 7 h. 30, expulsion d'un fœtus de 1780 gr.

Délivrance normale avec placenta 260 gr. sans particularités.

Mensuration des membranes 14/23.

OBSERVATION N° 1352

Rupture précoce des membranes au cours du 9e mois, 4 h. après le début du travail, application des forceps pour défaut de propession de la tête et infiltration du périnée. Mensuration des membranes 28/12. S. O. F. 9,1.

Deux pare de 34 ans ayant eu ses dernières règles du 20 au 22 janvier 1911 entre à la salle du travail le 22 sept- au cours du 9e mois de la gestation.

1re Gestation en 1894. expulsion d'un enfant vivant de 7 mois, mort 1 mois après d'entérite.

Pour sa 2e gestation la fem ne consulte à la clinique et on constate des traces d'albumine, qui disparaît après un régime lacté.

Le 23 septembre 1911 à 3 h. du matin, premières contractions douloureuses, on constate :

Hauteur utérine 27 cm.

1 petit fibrome sur la face antérieure de l'utérus. Présentation du sommet en D. P., tête engagée. Dilatation de 1 fr.

22 septembre, à 7 h. du matin membranes rompues.

5 h. du soir, dilatation, grande paume de main.

7 h. 20 du soir, dilatation complète.

11 h. du soir, la tête n'a pas progressé, les bruits du cœur sont bons mais il y a œdème du périné, on décide l'application du forceps en D. P. pour défaut de progression, et on extrait un enfant de 2400 gr.

Le diamètre, S. O. F., 9. 1.

Délivrance normale, poids du placenta 350 gr. Mensuration des membranes 28/12.

OBSERVATION N° 1359

Opération césarienne, Bassin canaliculé. Tête débordant la symphyse et fuyant dans la fosse iliaque gauche. Mensuration des membranes impossible

Primipare de 34 ans, ayant eu ses dernières règles du 20 au 25 novembre 1910 entre au dortoir le 8 septembre 1911, on constate : Hauteur utérine, 31 cm. ; 1 fibromes de volumo d'une noisette sur la face antérieure de l'utérus ;

Présentation du sommet en O. I. G. T. ;

Tête mobile au détroit supérieur débordant franchement et tendant à fuir dans la fosse iliaque gauche ;

Bassin canaliculé, plusieurs frux promontoires au sacrum.

Le 23 septembre à midi, début des contractions utérines douloureuses qui deviennent de plus eu plus fréquentes, tandis que la tête tend à fuir dans la fosse iliaque gauche.

Hauteur, 32 cm. ; Température, 37 ; Pouls, 80.

On décide de pratiquer l'opération césarienne avant la rupture des membranes, le col étant en voie d'effacement.

On extrait l'enfant de 3500 gr. avec un placenta de 600 gr.

Diamètre Bi. P. 9, 1. ;

Mère et i'enfant bien portants.

OBSERVATION N° 1384

Application de forceps en D. P. pour lenteur de la période d'expulsion. Mensuration des Membranes. 32 S. S. O. F. 9, 5.

Primipare de 32 ans, ayant eu ses dernières règles du 28 au 30 décembre 1910, présente dans ses antécédents une hémoptisie a 22 ans. Rien à signaler sur son état actuel.

29 septembre 1911 à 5 h. du matin, premières contractions douloureuses (9e mois).

Hauteur utérine, 33 cm.

Tête en bas, orientée en O. P.

4 h. 30 du matin, dilatation comme 2 fr., membranes intactes.

30 sept. 4 h. 30 matin. Dilatation complète, rupture spontanée de la poche des eaux.

Les contractions utérines deviennent moins fréquentes et la tête ne progresse pas. Il se forme une bosse séro-sanguine volumineuse.

A 10 h. 30 du matin, la tête ne progresse pas et il se forme une infiltration du périnée. Bruits du cœur assourdis. Application de forceps en D. P. et extraction d'un enfant de poids 3090 gr. vivant ; Diamètre S. O. F. 9, 5.

Délivrance normale.

Poids du placenta, 500 gr.

OBSERVATION N° 1284

Accouchement prématuré au 9e mois. Rupture prématurée des membraces 29 h. 30 avant le début du travail. Mensuration des membranes 29/8.

Primipare de 45 ans ayant eu ses dernières règles du 18 au 22 décembre 1910 entre à la salle du travail au cours du 9e mois de sa gestation. Rupture prématurée des membranes le 28 septembre à 6 h. du matin (29 h. 30 avant le début du travail).

Le 8 septembre 1911 à 8 h. du soir, début du travail, le 9 septembre à 11 h. 30 du matin, entrée à la salle du travail et on constate :

Hauteur utérine 34 cm.

Un fibrome sur la paroi antéro-latérale gauche.

Présentation du sommet en D. P.

Dilatation de 5 fr.

9 septembre à 4 h. 30 du soir, dilatation complète.

9 septembre à 5 h. du soir, expulsion d'un fœtus de 3000 gr.

Délivrance normale avec un placenta de 480 gr.

Mensuration des membranes 29/8.

OBSERVATION N° 1302

Accouchement prématuré au cours du 9e mois. Application des forceps pour tête défléchie. Mensuration des membranes 34/10. S. O. F. 10,5.

Quatrepare de 42 ans, ayant eu ses dernières règles du 25 au 29 décembre 1910 consulte pendant sa gestation à

la clinique et on ne note rien de particulier.

1re gestation en 1892, avortement de 3 mois.

2e gestation en 1893, avortement de 3 mois.

3e gestation 1899, présentation du sommet à terme (enfant vivant).

13 septembre à 1 h. du matin début du travail.

13 septembre à 4 h. du matin, à l'entrée à la salle du ravail on constale :

Hauteur utérine, 35 cm.

Un fibrôme sur le fond utérin du volume d'une noix.

Présentation du sommet en G. A.

5 h. du matin, dilatation complète.

5 h. 30, la tête descend sur le périnée et s'arrête, jusqu'à 9 h. 10, petite tête déflchie. 13 septembre on procéde à une application de forceps en G. A, on en extrait un enfant vivant de 2950 gr.

Le diamètre S. O. F. 10,5.

Délivrance normale ; Poids du placenta 560 gr.

Mensuration des membranes 34/10.

Octobre. OBSERVATION N° 1399

Accouchement normal à terme. Mensuration des membranes 22/17.

II pare de 35 ans, ayant eu ses dernières règles du 8 au 16 décembre 1910 entre au dortoir le 2 octobre 1911.

1re gestation en 1898, sommet spontané à terme vivant.

2e gestation en 1900, sommet spontané à terme, vivant.

3e gestation en 1905, sommet spontané à terme, vivant.

A l'entrée de la femme on constate :

Hauteur utérine, 32 cm. ;

Un fibrome accessible face antérieure.

Présentation du sommet en D. P.

Le 2 octobre à 11 h. du soir, début du travail. Le 3 octobre à 8 h. 25 du matin, dilatation complète, le 3 octobre à 8 h. 35 du matin, expulsion d'un fœtus du poids de 2000 gr., vivant.

Délivrance normale avec un placenta de 360 gr. présentant des dépôts calcaires.

OBSERVATION N° 1445

Accouchement prématuré au 9e mois. Mensuration des membranes, 30/6.

Primipare de 29 ans, ayant eu ses dernières règles du 9 au 14 janvier 1911, entre à la salle du travail le 12 octobre 1812.

On constate : Hauteur utérine 32 cm.

Petit fibrome sur la face anterieure ;

Présentation du sommet en G. A.

Le 12 octobre à 1 h. du matin, début du travail. Dilatation complète à l'entrée avec rupture précoce des membranes à 2 heures du matin. A 6 h. 50 du matin, expulsion d'un fœtus de 3060 gr, vivant.

Délivrance normale ; poids du placenta, 440 gr.

OBSERVATION N° 1518

Grossesse gemellaire. Rupture prématurée des membranes, 10 heures avant le début du travail. Accouchement au 9e mois. Application des forceps en G. A. Mensuration des menbranes impossibles.

Primipare ayant eu ses dernières règles du 17 au 20 février 1911, n'a pas consulté pendant sa gestation.

Le 23 octobre, à 9 h. du soir, rupture prématurée des

membranes.

Le 24 octobre à 7 h. du matin. Premières contractions utérines douloureuses.

Le 25 octobre à 10 h. du matin, la femme entre dans la salle du travail.

On fait alors les constatations suivantes :

Hauteur utérine, 42 cm.

Les contractions utérines sont très rapprochées et l'utérus, constamment tendu, rend le palper difficile ; cependant on constate la présence de trois pôles ; Un premier qui est une tête engagée en G. A. Un deuxième pôle en bas et en avant du premier. Le troisième pôle au fond de l'utérus et à droite.

Deux foyers d'auscultation : le 1er à gauche et au dessous de l'ombilic, le 2e à droite et au niveau de l'ombilic.

Dans ces antécédents indirects, on note une sœur de son mari qui aurait eu une grossese gemellaire.

Au toucher on trouve un orifice dilaté comme une petite paume de main, les membranes étant rompus, on arrive sur une tête orientée en H. A. bien engagée.

Le 25 octobre à 3 h. 20 du soir, la dilatation étant presque complète, on procède à l'application de forceps en G. A. et on extrait un premier fœtus de 2110 gr. Section du cordon entre deux forceps.

Rupture artificielle de la 2e poche des eaux suivie d'une procidence de deux bras; au devant de la tête on pratique la version par manœuvres internes; après avoir essayé en vain de réduire la procidence on extrait un enfant de 2550 gr., vivant.

Délivrance artificielle, immédiate.

A ce moment on perçoit assez nettement un fibrome assez pédiculé de la face postérieure de l'utérus, près du fond.

Placenta de forme irrégulière pesant 750 gr.

OBSERVATION N° 1765

Dilatation artificielle du col laminaires et bougies et incision latérale du col avant la fécondation). Accouchement prématuré au 7e mois. Enfant vivant. Mensuration des membranes 18/4.

Primipare de 34 ans ayant eu ses dernières règles, du 28 mai au 2 juin 1911, aurait subi 2 mois avant d'être enceinte à la clinique Tarnier une dilatation artificielle du col (laminaires, puis bougies suivies, d'incision du col, dans le but favoriser la fécondation).

A l'examen de la femme le 5 novembre, on constate :

Hauteur utérine 23 cm.

Fœtus mobile tête en bas.

Un petit fibrome de la grosseur d'une noix sur la ligne médiane ;

Au toucher, col irrégulier cicatriciel dont l'orifice externe est entre-ouvert et accessible au doigt, on arrive directement sur le pole inférieur de l'œuf. On prescrit repos absolu et pas de rapports sexuels.

Le 4 décembre 7e mois, à 2 h. du soir elle entre à la salle du travail, présentant des contractions utérines douloureuses, et une dilatation de 5 fr. Présentation du sommet en G. A.

4 décembre 11 h. du soir, dilatation suffisante.

4 décembre 11 h. 30 du soir, expulsion d'un fœtus débile, du poids de 1230 gr. Chateaubriand, avec des sillons profonds. Caduque très épaissie et reconnue en partie.

Mensuration des membranes 18/4.

OBSERVATION N° 1781

Application des forceps en D. P. pour infiltration du périnée à terme. Mensuration des Membranes 22/5.

Primipare de 32 ans ayant eu ses dernières règles du 12 au 16 Mars 1911, entre au dortoir le 19 décembre, on constate :

Hauteur utérine 34 cm.

Fibromes utérins accessisibles dont un de la grosseur d'une mandarine sur la paroi antérieure droite, un de la grosseur d'une noix au niveau de la corne droite. L'utérus dans son ensemble est dévié à droite.

Le 19 décembre à 5 h. du soir, début du travail. 9 h. du soir, dilatation complète et rupture artificielle des membranes.

11 h. 10 du soir, la rotation est effectuée. Le périnée est légèrement infiltré.

Auscultation bonne.

A 11 h. 40 du soir, le périnée s'infiltre de plus en plus, on décide l'application des forceps en O. P. et on extrait un enfant vivant de 3790 gr.

Délivrance normale 30 m. après l'accouchement. Poids du placenta 590 gr. légère hémorragie sous-choriale.

Janvier. OBSERVATION N° 15

Accouchement normal à terme. Mens. membr. 18/10

IV pare de 27 ans ayant eu ses dernières règles du 26 février au 1er mars 1911, entre au dortoir le 2 janvier 1912.

Dans ses antécédents personnels on note une métrite depuis l'âge de 16 ans soignée dans le début à l'Hôpital Broca.

1re gestation 1901, avortement au cours du 5e mois.

2e Gestation 1902, avortement de 4 mois.

3e Gestation 1905, sommet spontané à terme. Enfant pesant 3670 gr.. placenta 650 gr. vivant.

Le 2 janvier à 3 h. du soir. début du travail après une rupture prématurée des membranes.

A l'entrée de la femme, on constate.

Hauteur utérine 34 cm.

Fibrome du volume d'une noix sur la paroi antérieure gauche.

Présentation du sommet en D. P.

A 5 h. 45 du soir, dilatation complète.

5 h. 50, rotation effectuée.

6 h. du soir, expulsion d'un fœtus du poids de 3780 gr.

Délivrance normale 30 m. après.

Poids du placenta 540 gr.

Mensuration des membranes 28/10.

OBSERVATION N° 43

Application des forceps en G. T. au 9e mois pour lenteur de progression de la tête.

Primipare de 25 ans ayant eu ses dernières régles du 1er au 6 avril consulte à Beaudelocque au cours de sa gestation et on pratique une version par manœuvres externes pour une présentation de siège, suivie d'une application d'une ceinture de flanelle.

Le 6 janvier à minuit, premières contractions doulou-

reuses. 3 h. du matin. rupture spontanée précoce des membranes. A 5 h. 30. entrée à la salle du travail. On constate : Hauteur utérine 34 cm.

Présentation du sommet, la tête étant très haute dans l'excavation.

Dilatation de 0,50.

11 h. du matin, la dilatation ne progressant pas on donne des injections vaginales répétées à 50°.

10 h. du soir. dilatation de 2 fr. on administre 0.50 de quinine en 2 fois.

7 janvier à 8 h. du matin, dilatation de 5 fr. œdème des l'orifice cervical.

10 h. du matin, la tête engagée reste toujours très haute dans l'excavation.

Bain prolongé.

A 11 h. du soir, orifice plus souple.

Le 8 janvier à 5 h. 30 du matin. contractions utérines plus irrégulières et moins fortes.

A 10 h. du matin, dilatation d'une petite paume de main. Injection intra-cervicale.

A 5 h. 10 du soir. Dilatation complète ; la tête fœtale descend dans l'excavation.

Une bosse séro-sanguine empêche de se rendre compte de la situation des fontanelles ; Application des forceps en G. A. et extraction d'un enfant vivant de 3000 g.

Délivrance normale 30 m. après.

Poids du placenta 550 gr. Chauteaubriand avec sillons profonds, présentant des foyers hémorragiques anciens et récents.

Insertion excentrique du cordon à 1 cm. du bord inférieur.

Mensuration des membranes impossible.

Vulve dirigée en avant.

OBSERVATION N° 123

Application des forceps pour infiltration du périnée à terme. Mensuration des membranes 41/0. Vulve en avant.

Primipare de 28 ans ayant eu ses dernières règles du 12 au 16 avril à consulté plusieurs fois à la clinique du 22 novembre au 22 janvier.

Jusqu'au 11 janvier la fiche de la consultation, porte la mention : présentation céphalique, fœtus mobile, promontoire accessible, utérus fibromateux, pas d'albumine.

Le 22 janvier la tête d'aplomb au-dessus du détroit supérieur se fixe, le col est en voie d'effacement depuis le matin, la femme dit ressentir des petites douleurs dans le bas-ventre.

Le 23 janvier à 6 h. du soir, elle a des contractions utérines franchement douloureuses se succédant toutes les 20 minutes.

A 9 h. du soir, elle arrive à la clinique, le col est alors en voie d'effacement.

Le 24 janvier à 9 h. du matin. La femme est amenée à la salle de travail.

Hauteur utérine 35 cm.

Tête fixée en G. T.

Dilatation comme 50 cent. et les membranes instactes. La vulve est orientée très avant.

On sent un petit fibrôme du volume d'une noix sur le fond utérin.

M. Pinard constatant que la tête n'est pas engagée, pense à un placenta inséré bas.

A 2 h. du soir. Dilatation comme 1 fr. La tête est en-

gagée en O. I. G. A.

A 5 h. du soir. La dilatation n'a pas progressé. B. D. C. bons.

Grand bain chaud.

25 janvier à 8 h. du matin. La dilatation est comme 2 fr. Les contractions sont espacées et fortes. Injection intra-cervicale à 50°. Grand bain.

A 11 h. du matin, à la sortie du bain, dilatation comme une paume de main, on continue les injections intra-cervicales.

A 1 h. du soir, la dilatation est complète, on rompt les membranes. Liquide opalescent. La fontanelle postérieure seule accessible et suture sagittale sont au centre du bassin, la tête est bien descendue dans l'excavation.

A 1 h. 30 du soir, la rotation est effectuée, une bosse séro-sanguine volumineuse couvre le pariétal antérieur. B. du C. bons.

Le périnée légèrement infiltré bombe en avant et redresse davantage la vulve qui est orientée franchement en haut. Le périnée antérieur, de la fourchette à l'anus, mesure 5 cm.

A 2 h. du soir, les bruits du cœur sont bons mais le périnée s'infiltre sensiblement et prend une teinte blafarde surtout au centre sous forme d'une bande transversale qui tranche sur la coloration des parties voisines et qui se laisse déprimer en godet. On procède alors à l'application des forceps sous chloroforme en O. P. et on extrait un fœtus vivant du poids de 3390 gr.

Du liquide verdâtre s'écoule après l'extraction du fœtus. L'enfant vivant présente un gros chevauchement du pariétal droit sur le gauche. Délivrance normale 35 m. après l'extraction du fœtus. Placenta présenta des foyers hémorragiques anciens pèse 530 gr.

Caduque épaissie vascularisée retenue en partie.

Mensuration des membranes 32/0.

OBSERVATION N° 535

Accouchement prématuré au 9e mois. Forceps en G. T. pour défaut de progression. Mensuration des membranes 27/0

Deux pare de 38 ans, ayant eu ses dernières règles du 26 au 31 juillet 1911, consulte à Beaudelocque régulièrement pendant sa gestation et on ne constate rien de particulier.

Sa 1re gestatation à l'âge de 24 ans se termine par l'expulsion au cours du 9e mois d'un enfant vivant se présentant par le sommet, mort au bout de 8 jours de convultions.

Pendant sa 2e gestation, la femme qui est cuisinière, à travaillé jusqu'au dernier jour (14 heures par jour).

Le 22 avril 9e mois, à 2 h. du matin, rupture prématurée des membranes 8 heures avant le début du travail.

A 7 h. du matin elle entre à la clinique et on constate : Hauteur utérine, 32 cm.

Petits fibromes au niveau de la paroi antérieure et gauche.

Présentation de l'extrémité céphalique, la tête bien d'aplomb au niveau de l'aine du détroit supérieur.

Col fermé membranes rompues.

La femme présente un léger écoulement sanguin à la vulve. Injection vaginale à 50°.

Le 22 Avril à 10 h. du matin, premières contractions douloureuses. 7 h. 30 du soir dilatation petite paume de main.

10 h. du soir, grande paume de main.

10 h. 30 du soir, la dilatation est complète ; à ce moment l'engagement de la tête fœtale n'est pas encore effectué.

On sent la suture sagittale en avant au niveau du pubis.

Il se forme une bosse séro-sanguine. Les contractions utérines sont régulières, mais de peu de durée.

A 11 h. 30 du soir la suture sagittale gagne lentement le centre de l'excavation et la bosse séro-sanguine augmente de volume. Le 23 Avril à 1 h. du matin, la tête fœtale est complètement engagée mais elle reste haute dans l'excavation. Elle est mal fléchie, par le toucher on sent les deux fontanelles ; à 3 heures du matin malgré les contractions plus fréquentes et mieux soutenues, la tête ne progresse que très lentement dans l'excavation. Il n'y a pas d'œdème du périnée ; à 7 h. 30, la rotation de la tête n'est pas effectuée. Bosse séro-sanguine volumineuse. Devant cet état de la tête à nu dans l'excavation qui ne progresse pas depuis 2 heures on procède à l'application de forceps en G. T.

En soulevant légèrement la tête il s'écoule un flot de liquide verdâtre.

Extraction d'un fœtus vivant du poids de 2770 (O. M., 12, 9)

Délivrance normale 30 h. après l'extraction du fœtus. Poids du placenta 550 gr. foyers d'hémorragie anciens.

Mensuration des membranes 28/6.

Mai. OBSERVATION N° 618

Accouchement à terme. enfant mort non macéré. Mère tuberculeuse. Mensuration des membranes 37/4. 2 circulaires serrées autour du cou.

Secondipare de 31 ans, ayant eu ses dernières règles du 18 au 23 juillet 1911, est venue à plusieurs reprises consulter à Baudelocque pendant sa 2e gestation.

Dans ses antécédents personnels on note une bronchite à 23 ans étant le point de départ d'une tuberculose pulmonaire soignée pendant cinq ans. Depuis 1910, l'évolution de la maladie semble s'arrêter, mais en 1912 elle présente quelques râles crépitants au sommet droit et une expiration légèrement soufflante à gauche.

La 1re gestation en 1908 se termine par une expulsion à terme d'un enfant de 3300 gr., nourri au biberon, vivant à l'heure actuelle.

La femme venant à la consultation pendant sa 2e gestation.

On constate un excès de liquide avec un enfant très mobile. Pas d'albumine. On ordonne un régime lacté absolu.

Le 4 avril, elle vient pour la dernière fois et on constate : Hauteur utérine, 34 cm. Un petit fibrome sur la paroi antérieure. La présentation du sommet en G. A., pas d'albumine, toujours excès de liquide.

Le 11 mars à 7 h. du soir, premières contractions douloureuses.

A 8 h. du soir, rupture précoce de la poche des eaux.

A 2 h. 15 du matin, elle vient à la salle de travail.

Hauteur utérine, 32 cm.

La tête engagée en O. I. G. A., la dilatation est complète et la rotation effectuée.

Les membranes rompues et il s'écoule de la vulve pendant le toucher une petite quantité de liquide vert.

A l'auscultation il est impossible de percevoir les bruits du cœur fœtal. A 2 h. 25, la femme expulse spontanément un enfant mort, non macéré, du poids de 3000 gr.

Poids du placenta, 380 gr., présente quelques foyers hémorragiques anciens.

Mensuration des membranes 27/8

Le cordon inséré à 2 cm. du bord latéral présente 2 circulaires serrées autour du cou.

OBSERVATION N° 620

Pyélonéphrite pendant la gestation. Forceps en O. P. pour souffrance fœtale. L'enfant ne peut être ranimé. Mensuration des membranes 20/7

Primipare de 25 ans, ayant eu ses dernières règles du 7 au 11 juillet 1911, vient consulter pendant sa gestation à la clinique Baudelocque.

Dès sa première visite au 7e mois on constata : que le fœtus se présentait par le sommet en G. A. et que les urines contenaient du pus. On conseille à la femme le régime lacté absolu et le repos. Elle revient depuis à plusieurs reprises et toujours on trouva du pus dans les urines. Mais la femme n'avait cependant aucune température et l'état général étant très satisfaisant. Le pus a disparu 8 jours avant l'accouchement.

Elle arriva sans autre incident au terme de sa gestation.

Le 11 mai à 1 h. du matin, elle ressent les premières contractions utérines douloureuses, 9 h. du matin, entrée à la salle du travail.

Hauteur utérine, 33 cm.

Un petit fibrome du volume d'une noix accessible sur la paroi antérieure de l'utérus, près de la corne gauche.

La tête est engagée en H. A.

Les membranes sont intactes. Les bruits du cœur bons.

A 4 h. du soir, la dilatation étant grande comme 5 fr. les membranes se rompent spontanément et on constate que le liquide qui s'écoule est vert. Cependant les bruits ud cœur sont toujours bons.

A 8 h. du soir, la dilatation est complète et les contractions qui jusque là avaient é'é assez fréquentes quoique de courte durée, deviennent beaucoup plus espacées. Cependant la femme poussant énergiquement, à chaque contraction, la tête chemine lentement.

A 3 h. du matin, la rotation étant effectuée et la tête progressant très peu sensiblement sous les efforts des contractions faibles, l'indication de l'intervention ne se pose pas encore.

A 5 h. du matin, les bruits du cœur s'accélèrent brusquemt et montent à 180 pulsations puis descend aussitôt à 140 et à 120.

On décide l'application du forceps en O. P. les bruits du cœur étant au-dessous de 100 et très irrégulier. On extrait dans une purée de méconium un enfant de 3650 gr. que des tentatives d'inspiration, sans pouvoir être ranimé malgré la désobstruction des voies respiratoires et respiration artificielle

Délivrance normale 30' après. Poids du placenta 550 gr. sans altérations. Mensuration des membranes 28/7.

CONCLUSIONS

I) Les gestations compliquées des fibromes présentent dans 2/3 des cas au moins une insertion basse du placenta.

II Cette insertion basse du placenta est presque constante dans les cas d'utérus fibromateux gravides compliqués d'hémorragies ; quelquefois l'albuminurie peut être considérée comme cause des hémorragies.

III Les hémorragies assez alarmantes pour constituer une indications chirurgicale sont exceptionnelles, et leur thérapeutique doit être le plus souvent celle des hémorragies par insertion basse du placenta.

IV Les hémorragies les plus fréquente sont celles de la délivrance, puis celles de la gestation et du post-partum :

V Dans les cas d'hémorragies venant compliquer la gestation et mettant en danger la vie de la femme on recourra aux moyens obstétricaux d'évacuations de

l'utérus si le siège des tumeurs fibreuses le permet et si l'état du col permet d'escompter une dilatation facile. Dans les autres cas le traitement sera chirurgical et consistera le plus souvent en une section césarienne suivie d'hémorragie.

Vu : *Le Président de thèse*,
COUVELAIRE

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

LEPAGE. — Fibromes en grossesse. Communication à la société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie. Séance du 13 novembre 1911.

LEPAGE. — Une observation de dystocie par fibrome utérin. Communication à la Societé d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie. Mars 1900.

— Discusion à la société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie sur « *l'hystérectomie abdominale supravaginale pour fibrome compliquant une grossesse de 4 mois et demi* ». 1901 juin, juillet, octobre, novembre.

PINARD. — Note relative à l'étiologie des fibromes. Société d'obst. gynéc. et pæd. Nov. 1904.

PINARD. — Des fibromyomes de l'utérus et en particulier des causes qui favorisent leur éclosion ou leur développement. Annales de gynécologie et d'obstétrique. Janvier 1903.

COUVELAIRE. — Introduction à la chirugie utérine obstétricale, Paris 1913 n° 4 VIII, p. 224.

Meheut (g). — Contribution à l'étude des fibromes gravidiques. Rareté des indications à l'intervention au cours de la grossesse. Thèse de Paris 1902.

Couvelaire. — A propos du traitement chirurgical des hémoragies rétroplacentaire, extrait d'un rapport lu à la soc. de synécol. d'obstétrique et de pædiatrie. Février 1911). Annales gynécologie et d'obstétrique 1911. p. 218.

Bibliothèque de la clinique Baudelocques. Observations.

IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — Rue Monsieur-le-Prince — 26
PARIS (VI^e^)